Aus dem Seminar für Sozialhygiene und öffentliches
Gesundheitswesen der Freien Universität Berlin
Direktor: Professor Dr.med. Erich S c h r ö d e r

Zur Frage der ärztlichen Berufsprognose bei Berufsschülern

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der
Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Wolfgang B a b s t
aus Berlin

1962

Druck:

Ernst - Reuter - Gesellschaft
der Förderer und Freunde der Freien Universität e.V.

Dissertations - Druckstelle

Berlin-Dahlem, Garystr. 45, Tel.: 76 52 61, App. 668

Aus dem Seminar für Sozialhygiene und öffentliches
Gesundheitswesen der Freien Universität Berlin
Direktor: Professor Dr.med. Erich S c h r ö d e r

Zur Frage der ärztlichen Berufsprognose bei Berufsschülern

BIBLIOTHEK

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der
Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Wolfgang B a b s t
aus Berlin

Dekan: Professor Dr.med.,Dr.med.dent.Ewald Harndt

Referent: Professor Dr.med. Erich Schröder

Korreferent: Professor Dr.med. Adalbert Loeschke

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 24. 2. 62

Übersicht

A. Einleitung

1. Entwicklung und Aufgaben der berufsschulärztlichen Arbeit
2. Funktionsdiagnostische Beurteilung der Leistungsfähigkeit Jugendlicher

B. Hauptteil

1. Der Gesundheitszustand eines Berufsschuljahrganges - Zusammenfassung und Vergleich mit dem Berliner Berufsschüler aus dem Jahre 1956 von ORTMANN veröffentlicht
2. Einzeluntersuchung der Überwachungsfälle
   a. Wertungsgruppe 3 - beschränkte Leistungsfähigkeit
   b. Wertungsgruppe 2 - Frühbehandlungsfälle
   c. Wertungsgruppe 1 - bedingte Leistungsfähigkeit

C. Zusammenfassung und Ergebnis

D. Literaturhinweise

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546822_0007

A. EINLEITUNG

1. Entwicklung und Aufgaben der berufsschulärztlichen Arbeit

Der Arzt, der im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes die Betreuung der Schüler vornimmt, führt diese schulärztliche Arbeit in allgemeinbildenden Schulen und in Berufsschulen aus. Wie sich die Berufsschule aus der allgemeinbildenden Schule entwickelte, so wurde die Schulgesundheitsfürsorge in den Berufsschulen weitergeführt.

Seit Beginn des 19. Jahrhunderts wurde die Schulpflicht in den einzelnen Ländern Deutschlands nacheinander eingeführtund erreichte eine gleichmässige Durchführung erst, nachdem eine gesetzliche Zusammenfassung im Reichsschul - pflichtgesetz vom 6.3.1938 erfolgt war. In diesem wurde für alle Jugendlichen bis zur Vollendung des 18.Lebensjahres der Schulbesuch vorgeschrieben.

Aus der allgemeinen Schulpflicht entwickelte sich nach und nach die Fortbildungsschule - oder wie sie später genannt wurde - die Berufsschule. Den Lehrlingen sollte nicht nur handwerkliches Können, sondern auch die theoretischen Voraussetzungen und Grundbegriffe im Rahmen ihrer fachlichen Ausbildung vermittelt werden. Der Bildungsstand wurde durch weitergehenden Unterricht in Rechnen und Schreiben gehoben. Wie der Besuch der Volksschule, so war auch der Fortbildungsschulbesuch in den Anfängen freiwillig. Die Gewerbeordnung von 1869 gestattete im § 120 den Gemeinden, Lehrlinge unter 18 Jahren zum Besuch der Fortbildungsschule zu verpflichten. Gleichzeitig waren die Unternehmer angehalten, die dafür notwendige Freizeit zu gewähren. Der Berufsschulbesuch war zu Beginn für die gewerblichen und kaufmännischen Lehrlinge vorgesehen. Um die Jahrhundertwende wurde dieser auf die weiblichen Jugendlichen und erst viel später auch auf die angelernten und ungelernten jugendlichen Arbeiter ausgedehnt. Die Weimarer Verfassung vom 11.8.1919 sah eine obligatorische Fortbildungsschule für alle arbeitenden Jugendlichen bis

zur Vollendung des 18. Lebensjahres vor. Ein Ausführungsgesetz hierzu wurde jedoch nicht erlassen. Auch das 1923 verkündete Preußische Berufsschulgesetz brachte noch keine allgemeine Berufsschulpflicht. Es räumte den Gemeinden wohl das Recht ein, machte ihnen jedoch nicht zur Pflicht, Berufsschulen einzurichten, sodaß nur etwa 95% der männlichen und 50% der weiblichen arbeitenden Jugendlichen unterrichtet werden konnten. In diesem Gesetz tauchte zum ersten Male die Bezeichnung "Berufsschule" auf. Erst das Reichsschulpflichtgesetz vom 6. 3. 1938 machte im § 8 den Besuch der Berufsschule bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zur Pflicht. Für die Älteren war der Berufsschulbesuch bis zum Ende ihrer Lehre vorgesehen.

Mit Einführung der Schulpflicht wurde auch die ärztliche Schulgesundheitsfürsorge obligatorisch. Wegen des Fehlens eines einheitlichen öffentlichen Gesundheitsdienstes für die Schulkinder war es zunächst gestattet, Untersuchungen vom Hausarzt vornehmen zu lassen, der ein Zeugnis über den Gesundheitszustand ausstellte. Parallel zu der Entwicklung der Schulen wurde auch die Schulgesundheitspflege verbessert. Als einer der Ersten warnte Johann Peter FRANK 1780 in seinem "System einer vollständigen medizinischen Polizey" vor den Gefahren, die in der mangelhaften Schulhygiene lagen-. Im Zusammenhang mit der Gesundheitspflege des Kindes und Jugendlichen in der Schule forderte Bernhard Christoph FAUST 1794 in seinem "Gesundheitskatechismus zum Gebrauche in den Schulen und beym häuslichen Unterrichte","daß den Ärzten, besonders wenn sie vom Staate besoldet werden, die Pflicht aufgelegt würde, den 12-jährigen Kindern über die Erhaltung der Gesundheit unentgeldlich Unterricht zu geben."

Diese Forderungen nach der Gesunderhaltung der Schüler und der Verhütung von Krankheiten, die durch den Schulbesuch hervorgerufen sein könnten, wurden in den nächsten Jahrzehnten immer lauter. So veröffentlichte LORINSER 1836 seine Schrift "Zum Schutze der Gesundheit in den Schulen".

VIRCHOW mahnte 1866 in einer Stellungnahme " Gewisse die Gesundheit benachteiligende Einflüsse der Schule " und zwei Jahre später befürwortete FALK über die gesund - heitspolizeiliche Aufsicht hinaus die Mitarbeit des Arz - tes bei der Gesundheitsfürsorge am Schüler. Auch ELLINGER forderte 1877 die Mitarbeit des Arztes bei der Betreuung der Schuljugend. Bei ihm tauchte zum ersten Mal die Be - zeichnung " Schularzt " auf. Aber noch weitere Jahre vergingen, bis diese Forderungen erfüllt werden konnten. In Wiesbaden wurde 1897 der erste hauptamtliche Schularzt eingesetzt. Im gleichen Jahr behandelte der Deutsche Ärztetag die Frage der Schulgesundheitspflege und ein Jahr später, am 31. 10. 1898, brachte ein Preußischer Ministererlaß die ersten Anweisungen für die schulärztliche Tätigkeit. Es wurde vorgeschlagen, nicht nur die Überprüfung des Gesundheitszustandes dieser Jahrgänge vorzunehmen, sondern auch für die Beseitigung der behandlungsbedürftigen Krankheiten zu sorgen. Dieses war besonders notwendig, da viele Kinder ohne ausreichende ärztliche Betreuung waren, weil damals noch keine Familienversicherung bestand. Aber auch später, als die Mitversicherung aller Familienmit - glieder eingeführt wurde - ja bis zum heutigen Tage - werden bei Reihenuntersuchungen immer wieder Befunde erhoben, deren Behandlung notwendig ist und denen weder der Schüler noch seine Angehörigen Beachtung schenken. Nachdem somit der Anfang gemacht war, hatten um die Jahrhundertwende auch in anderen deutschen Ländern die Bemühungen um eine Schulgesundheitsfürsorge Erfolg. So setzte LEUBUSCHER 1902 in seinem Heimatland Sachsen-Meiningen ein Schularztgesetz durch. 1903 wurden auch in Mannheim hauptamtliche Schulärzte eingestellt.

Durch die Quäker-Speisung, die 1920 begann, erhielt die Reihenuntersuchung der Schüler mit der Frage nach dem Ernährungszustand neue Impulse. Um die gewonnenen Unter - suchungsergebnisse besser gesundheitspolitisch auswerten zu können, wurde durch das Rundschreiben vom 3. 6. 1925

des Preußischen Ministers für Volkswohlfahrt an die Regierungspräsidenten die Einführung von Gesundheitsbogen und deren einheitliche Bearbeitung vorgeschlagen, was jedoch heftigen Widerspruch aus den Reihen der Schulärzte erregte, die eine Auswertung für nicht durchführbar hielten. Nach einer langen Zeit der Entwicklung und der Erfahrungen wurde die schulärztliche Tätigkeit im Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. 7. 1934 verankert. Nach § 3, 1 d des Gesetzes obliegt den Gesundheitsämtern die Durchführung der ärztlichen Aufgaben der Schulgesundheitspflege, wie sie in der ersten Durchführungsverordnung vom 6. 2. 1935 erläutert sind und in der dritten Durchführungsverordnung vom 30. 3. 1935 im Abschnitt XV, §§ 56 und 58 Ergänzung finden. Im Reichsschulpflichtgesetz vom 6. 3. 1938 findet sich im § 12, Absatz 2 ein entsprechender Hinweis auf die Schulgesundheitspflege.

Durch diese Gesetze hat der Schularzt auf zwei wichtige Entscheidungen Einfluß. Es handelt sich dabei um die Schulreife- oder Einschulungsuntersuchung und um die Berufsreife - oder Schulentlassungsuntersuchung, die im letzten Volksschuljahr vorgenommen wird. Während dem Schularzt bei der Schulreifeuntersuchung die Entscheidung zufällt, ob der Schüler eingeschult werden kann, beinhaltet die schulärztliche Entlassungsuntersuchung in Verbindung mit dem Fragebogen des Arbeitsamtes eine allgemeine Beurteilung der Berufseignung, wobei nicht auf den speziellen Berufswunsch eingegangen wird. Die Entscheidung darüber gibt der Berufsberater beim Arbeitsamt, der auch die anderen Momente, die bei der Berufswahl eine Rolle spielen, wie psychologische und geistige Eignung, sowie die Arbeitsmarktlage mit berücksichtigen kann. Es besteht also eine schulärztliche Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt, wie sie schon in den "Richtlinien des Reichsarbeitsministeriums betreffs Zusammenarbeit von Berufsberatung und Schule vom 27. 11. 1930 " erwähnt wurde. Das Gesetz über Arbeits-

vermittlung , Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung vom 5. 11. 1935 hat ausschließlich der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung die Berufsberatung übertragen.

Bei dieser allgemeinen Beurteilung der Berufseignung hat der Schularzt auf einer Untersuchungskarte, die dem Arbeitsamt zugeleitet wird, Hinweise zu geben, welche Berufe vom Schüler zu meiden sind. Es handelt sich dabei um Berufe mit:

a) schwerer körperlicher Arbeit
b) sitzender Arbeit
c) anhaltendem Stehen und Gehen
d) Staubentwicklung
e) starkem Temperaturwechsel und Witterungseinflüssen
f) Absturzgefahr
g) hohen Anforderungen an die Sehschärfe, die Hörschärfe, den Stimmapparat und die Nerven
h) aus anderen Gründen.

Weiterhin hat er die Frage nach der Berufsfähigkeit, einer notwendigen fachärztlichen Begutachtung, Behandlung oder Kontrolle zu beantworten. Da der Arzt nur vom Beruf abraten darf, wurde diese Tätigkeit auch als negative Berufsberatung bezeichnet. Hinweise auf Berufe, für die der Jugendliche nach ärztlichem Urteil auf Grund seines Gesundheitszustandes voll leistungsfähig wäre, sind für die ärztliche Tätigkeit in Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt nicht vorgesehen, sonst aber ein wesentlicher Teil schulärztlicher Beratung. Der schulärztliche Teil der Berufsberatung stützt sich also auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Diese kann durch Abweichungen im Allgemeinzustand, Entwicklungsstörungen oder Körperfehler beeinflusst sein. Die Mitwirkung des Arztes erstreckt sich weiterhin auf Fälle, die vom Lehrer oder einem Psychologen nicht zu beurteilen sind. Wesentlich erleichert, ja erst möglich, wird diese Arbeit des Schularztes durch Heranziehung der Anamnese, die als Schulbogen vorliegt und

eine Fehlbeurteilung infolge falscher Angaben durch den Schüler verhindern kann, die z.T. auf Unkenntnis oder Vergesslichkeit beruhen. Da diese schulärztliche Unter - suchung bereits in der ersten Hälfte des letzten Schul- jahres erfolgt, bleibt der Berufsberatungsstelle genügend Zeit, die Ergebnisse auszuwerten. Auch der Schüler kann schon nach der Aussprache mit dem Arzt und später mit der Berufsberatungsstelle die rechte Wahl unter seinen Berufs- wünschen treffen, um nach Abschluß der Volksschulzeit in die seiner Lehre entsprechende Berufsschule aufgenommen zu werden.

Die Gesundheitsfürsorge der Kinder und Jugendlichen konnte durch die Fortsetzung der Volksschule in der Fortbildungs- schule auch auf die Gruppe der arbeitenden Jugendlichen ausgedehnt werden. Nachdem um die Jahrhundertwende die Schulgesundheitspflege ausgebaut wurde, kam es mit Einfüh- rung der Fortbilungsschule auch zur gesundheitsfürsorgeri- schen Betreuung der Berufsschüler, die von Schulärzten der Volksschule mit übernommen wurde. Dieses war die folgerich- tige Fortsetzung der Schulgesundheitspflege. Während im Anfang die Untersuchungen der Berufsschüler vereinzelt durch- geführt wurden, fanden später systematische Reihenunter - suchungen statt. So berichtete GETTKANT 1930 in der Zeit- schrift für Schulgesundheitspflege über seine 1911 vorge- nommenen Untersuchungen an Berliner Berufsschülern. Neben GETTKANT, dem die Betreuung der männlichen Berufsschüler oblag, berichteten DÜNTZER und SZAGUNN als erste über systematische Untersuchungen von weiblichen Jugendlichen. Im Februar 1914 regte ein Erlaß des Ministeriums für Handel und Gewerbe die Bestellung von Schulärzten für gewerbliche und kaufmännische Fortbildungsschulen an. Im gleichen Jahre forderte GOTTSTEIN als Ziel aller Bestrebungen,hauptamtliche Ärzte für diesen Dienst einzustellen. Da die Fortbildungs- schulpflicht noch nicht für alle arbeitenden Jugendlichen eingeführt war, so versuchte man wenigstens alle Fort -

bildungsschüler gesundheitlich zu erfassen. Durch den Mangel einer allgemeinen Berufsschulpflicht konnte der Gesetzgeber 1934 im Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens über die gesundheitsfürsorgerische Betreuung der Berufsschüler nicht verfügen. Im Runderlaß des Reichs- und Preußischen Ministeriums des Inneren vom 10. 9. 1935 wird jedoch empfohlen, alle Schularten und alle die Schulen besuchenden Schüler zu erfassen. Der dazu notwendige Ausbau sollte allmählich im Rahmen der verfügbaren Mittel stattfinden. Die gesundheitsfürsorgerische Betreuung der Berufsschüler war von der finanziellen Förderung durch die Städte abhängig. Dieses ist bis heute so geblieben. Am 2.7. 1955 hat das Präsidium des Deutschen Städtetages in Köln Empfehlungen herausgegeben, die als Mindestforderungen für die gesundheitsfürsorgerische Betreuung der Berufsschüler zum Teil schon erfüllt oder sogar weit überschritten worden sind. Diese waren besonders den weniger finanzkräftigen kleineren Städten angepaßt worden. Sie lauteten:

1. Einmalige ärztliche Untersuchung der Berufsschüler am Besten in der mittleren Klasse. Zu der Unter - suchung sind die Ergebnisse der Abgangsuntersuchung der Grundschule heranzuziehen.

2. Allgemeine hygienische und berufshygienische Belehrung der Berufsschüler durch den Arzt.

3. Sexualhygienische Belehrung der Berufsschüler, insbesondere unter Hinweis auf die positiven Werte von Ehe und Familie.

4. Schirmbildreihenuntersuchungen der Schüler, mindestens im letzten Berufsschuljahr.

5. Regelmäßige Sprechstunden des Schularztes für Schüler, Eltern und Lehrer der Berufsschule.

6. Benachrichtigung des Gewerbeaufsichtsamtes, sofern bei den Untersuchungen und Besprechungen Gefährdungen

und Beschädigungen festgestellt werden, die darauf zurückzuführen sind, daß die Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes nicht erfüllt werden.

Die berufsschulärztliche Untersuchung erfolgt als Nachuntersuchung auf der Grundlage der schulärztlichen Bewertung. Die erste Untersuchung wird ein halbes Jahr nach Aufnahme in die Berufsschule, die zweite im letzten Lehrjahr durchgeführt. In der Berufsschule kann auf die spezielle Berufswahl eingegangen werden, da hier der Berufswunsch manifest geworden ist. Im Gegensatz zur "Vorberatung" in der Volksschule ist in der Berufsschule eine "Nachberatung" zur Berufswahl möglich, ja notwendig. Durch den Berufsberater ist schon eine gewisse Vorauswahl getroffen worden, sodaß der Teil der "bedingt" Tauglichen gering ist. Je besser die Vorauswahl getroffen wurde, um so günstiger ist das Ergebnis der berufsschulärztlichen Untersuchung. Diese Nachberatung hat ihren Vorteil darin, daß der Schularzt, der die Berufsschüler betreut, mehr Kenntnisse über Berufskunde hat und fachlich besser orientiert ist als der Schularzt, der die Schulentlassungsuntersuchungen vornimmt. Weiterhin ist der Schularzt für Berufsschüler meist nur mit der Unter - suchung von Lehrlingen bestimmter Berufsgruppen beschäftigt, sodaß er eine grosse Anzahl von Jugendlichen derselben Berufsgruppe vergleichend nebeneinander hat. Er kann eine gezielte Berufsberatung bis zum Ende der Berufsschulzeit durchführen. Am Ende der Berufsausbildung wird dann nochmals kontrolliert, ob die Beratung erfolgreich war. Ist dieses nicht der Fall, so können Maßnahmen einsetzen, die im Sinne einer Prävention Zustände verhindern helfen, die zu einer Frühinvalidität führen könnten, wobei in diesem Falle unter Frühinvalidität ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem erlernten Beruf zu verstehen ist, in einer Zeit, die soziologisch gesehen als produktive Phase bezeichnet wird.

Im Rahmen der berufsschulärztlichen Untersuchungen wäre es wünschenswert, für den Beruf bedingt taugliche Lehrlinge

in jährlichen Abständen auf die Berufseinwirkung hin zu untersuchen. Im Hauptteil dieser Arbeit wird über die Nachuntersuchung einer auf die Überwachungsfälle beschränkten Gruppe von Berufsschülern berichtet.

Um rechtzeitig ein Bild von der Veränderung der Leistungsfähigkeit zu gewinnen, wurde diese Nachuntersuchung ein Jahr nach der ersten berufsschulärztlichen Untersuchung durchgeführt und nicht erst nach dem Abschluß der Lehre, nach 2 1/2 oder 3 1/2 Jahren.

Die Bedeutung der Fortführung der Gesundheitsfürsorge in den Berufsschulen ist -wie berichtet - besonders von den Städten erkannt worden, die auch die Mittel für die Ausführung zur Verfügung stellen. Da dieses jedoch nicht alle Städte tragen wollten, war es nicht möglich, sämtliche Berufsschüler zu versorgen.

Durch das Gesetz zum Schutze der arbeitenden Jugend vom 1. 10. 1960 sollte nun diese Lücke in der gesundheitlichen Betreuung aller Jugendlichen geschlossen werden. Die entsprechenden Paragraphen 45 - 53 des Gesetzes traten jedoch erst am 1. 10. 1961 in Kraft. Da dieses Gesetz nicht in sinngemäßer Fortführung die bisher bestehenden Institutionen berücksichtigt, kommt es zu Überschneidungen der Untersuchungen. So bestimmt das Gesetz zum Schutze der arbeitenden Jugend im

§ 45 (1) Mit der Beschäftigung eines Jugendlichen darf nur begonnen werden, wenn

1. er innerhalb der letzten 12 Monate von einem Arzt untersucht worden ist und
2. eine von diesem Arzt ausgestellte Bescheinigung demjenigen, der den Jugendlichen beschäftigen will, vorliegt.

(2) Vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres hat sich der Arbeitgeber die Bescheinigung eines Arztes darüber vorlegen zu lassen, daß der Jugendliche nachuntersucht worden ist.

Während die erste Untersuchung der Lehrlinge, die das Gesetz zum Schutze der arbeitenden Jugendlichen vorschreibt, zeitlich mit der Schulentlassungsuntersuchung zusammenfällt und daher am sinnvollsten wie bisher von Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes ausgeführt wird, füllt die zweite Untersuchung nach dem Gesetz eine bestehende Lücke in der gesundheitlichen Betreuung der Jugendlichen aus. Hierdurch wird die Arbeit bestätigt, die bisher schon an den Berufsschülern geleistet wurde. Diese stützt sich auf der linearen Beobachtung der Schüler, sowie auf die Erfahrung der Berufsschulärzte mit ihrer Kenntnis der einzelnen Berufsbilder und der Vergleichsmöglichkeit bei der Untersuchung an Gleichaltrigen derselben Berufsgruppe.

Es müßte also überlegt werden, ob es nicht besser wäre, durch folgerichtige Weiterführung und Ausbau der Berufsschulgesundheitsfürsorge in allen Städten diese bereits erfolgreich begonnene Arbeit mit einem geringeren Aufwand an finanziellen Mitteln zu ergänzen und die berufsschulärztlichen Untersuchungen überall pflichtmäßig einzuführen.

2. Die funktionsdiagnostische Beurteilung Jugendlicher

Nachdem die Entwicklung der berufsschulärztlichen Gesundheitsfürsorge geschildert wurde, soll auf die Methodik näher eingegangen werden. Seit Bestehen der schulärztlichen Tätigkeit wurde nach immer neuen und besseren Methoden gesucht, da keine restlos befriedigte. Während in den Anfängen der schulärztlichen und berufsschulärztlichen Arbeit - weil sonst niemand darauf achtete - die Suche nach Krankheiten im Vordergrund stand, konnte man später zu einer wahren Gesundheitsfürsorge übergehen, bei der die Fest - stellung von Krankheiten oder prämorbiden Zuständen eine untergeordnete Rolle spielt und nur Mittel zum Zweck ist. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der davon abhängenden Leistungsfähigkeit - sei es in der Schule oder im Beruf - trat in den Vordergrund.Entsprechend dieser Entwicklung der Aufgaben erfuhr auch die Methodik eine Umwandlung.

Die Herkunft der Schulärzte aus der Klinik mit der Untersuchung Kranker brachte auch die Methoden der Klinik in den schulärztlichen Dienst. Dieses führte zu einer Überbewertung anatomischer Befunde. Während dieses Verfahren in den ersten Jahren der schulärztlichen Tätigkeit wegen der häufiger vorhandenen Krankheiten und der nicht in Anspruch genommenen ärztlichen Versorgung eine Lücke in der gesundheitlichen Betreuung der Kinder schloß, so handelte es sich auch schon damals - von Ausnahmen abgesehen - bei den Schülern und Berufsschülern um potentiell Gesunde, bei denen bei der Untersuchung besondere Verfahren anzuwenden sind. Dieser von GASTPAR schon 1912 gegebene Hinweis wurde bisher nur wenig beachtet und befolgt. Nicht zuletzt deshalb, weil die dazu notwendige Methodik von der gelehrten und erlernten Technik der klinischen Begutachtung abweicht. Wenn es auch mit der Untersuchungstechnik der Klinik möglich ist, die Krankheiten differentialdiagnostisch aufzuklären, soblieb jedoch die weitaus größere und uneinheitliche Gruppe der "Nicht-Kranken" übrig. Um auch diese zu differenzieren und zu beschreiben wurden Bezeichnungen eingeführt, die von subjektiven Eindrücken des untersuchenden Arztes abhängig waren, wie unter anderem die Bezeichnungen "gefährdet", "schwächlich", "erholungsbedürftig" zeigen. Zu einer solchen Beurteilung wurden die Körpermaße: Länge und Gewicht hinzugezogen, um den Vergleich mit anderen Schülern zu erleichtern. Zur Erlangung eines Anhaltspunktes wurde das arithmetische Mittel der gemessenen Werte entsprechender Gruppen berechnet, das als "Normalwert" diente. Die Abweichungen vom sogenannten "Normalwert" waren jedoch so groß, daß dieser zu einer genauen Bestimmung nicht verwendet werden konnte. Andererseits wurde versucht, diese Messungen zur Berechnung von sogenannten Indices zu verwenden. Besonders bekannt war der ROHRER - Index, der 1908 veröffentlicht wurde, und der PIRQUET - Index von 1913. Sie sollten den Vergleich der einzelnen Schüler erleichtern.

Diese Bemühungen erreichten gerade in der Zeit der Quäker-Speisungen (1920 - 1925) eine Intensivierung. Zur Errechnung des ROHRER- Index waren zwei Körpermaße notwendig, die in der Formel : Gewicht x 100 : Länge^3 berechnet,einen Wert ergaben. Anhand einer Tabelle konnten dann die Abweichungen von der "Norm" bestimmt werden. Aber auch diese Bemühungen, einen "Normalmenschen" zu erfassen und ihn mathematisch auszudrücken, hatten nicht den gewünschten Erfolg. Die Index-Bestimmungen wurden deshalb bald wieder aufgegeben. Die Körpermaße wurden wieder als solche zu Vergleichen herangezogen.

Statt der üblichen Methode des Querschnittvergleiches einer großen Anzahl Gleichaltriger wies HAGEN auf die Möglichkeit hin, einen Entwicklungslängsschnitt jedes einzelnen zu gewinnen. Zu diesem Zweck wurde ein Somatogramm aufgestellt. Das Somatogramm ist eine Tabelle, die aus drei senkrecht untereinander stehenden Zahlenkolonnen besteht. Die erste Reihe gibt das Alter an, die daneben stehenden Reihen die jeweiligen Durchschnittswerte für Größe und Gewicht. In diese vorgedruckte Tabelle werden die in der jeweiligen Altersstufe gemessenen Werte von Größe und Gewicht mit Linien verbunden, sodaß mit einem Blick übersehen werden kann, welche Maße von der Norm abweichen und wie sich diese Abweichungen im Laufe der Entwicklung verhalten. Kritisch bemerkt HAGEN zu dieser Methode : " Der natürliche Spielraum um den sogenannten Mittelwert nimmt mit fortschreitendem Alter zu. Er ist besonders groß in der Phase der Entwicklung " und einige Zeilen darunter fährt er fort: " Tatsächlich ist das Somatogramm jenseits des 16. Lebensjahres nur noch wenig brauchbar, weil die Variation um den Mittelwert größer ist als der Jahreszuwachs". Diese Einschränkung der Brauchbarkeit bezieht sich also gerade auf die Altersjahrgänge der Berufsschüler. Der entscheidende Schritt zur Bewertung der Körpermaße war also auch hier nicht getan worden.

Da Messung von Körpergröße und Körpergewicht allein keine befriedigende gesundheitliche Beurteilung des Untersuchten zuließ, griff man schon frühzeitig auf die aus der Klinik bekannte Methode der Inspektion zurück. Ja man ging sogar weiter, indem man nicht nur die Durchblutung der Haut und den Hautturgor, sondern auch die Muskel- und Fettschichtdicke und anderes beschrieb. Diese Angaben waren jedoch weitgehend von der subjektiven Einstellung des Beobachters abhängig.

Einer Inspektion zugänglich sind auch die Körperproportionen, mit denen sich seit Jahrhunderten die bildenden Künstler beschäftigen. Wenn auch unbewußt, so gaben diese ihren Gestalten Körperformen, die bestimmte Eigenschaften ausdrücken sollten. Diese Beziehungen zwischen Körperbau und Charaktereigenschaften wurden analysiert und in erster Zeit von den Ärzten mehr spekulativ begründet. Hiermit war jedoch ein weiterer Schritt zur Beurteilung des Menschen gemacht worden. Während HUTER in Deutschland um 1900 seine Drei-Typen-Lehre entwickelte, war die französische Schule mit den von SIGAUD benannten vier Typen - Typ cérébral, respiratoire, musculaire und digestif - nicht mehr von so stark spekulativen Vorstellungen bestimmt. Erst KRETSCHMER schuf mit seiner Veröffentlichung über "Körperbau und Charakter" eine wissenschaftliche Grundlage, die auch auf anderen Gebieten der Medizin anwendbar ist. Während KRETSCHMER die von ihm aufgestellten drei Konstitutionstypen leptosom, muskulär und pyknisch in Beziehung zur Psychologie und Psychiatrie brachte, wurde die Konstitutionsbestimmung von anderen zur Beurteilung von Kindern und Jugendlichen herangezogen und mit den Typen ganz bestimmte Vorstellungen verknüpft. So verwendete COERPER in Anlehnung an die französische Schule vier Typen, die er muskulär, respiratorisch, cerebral und pyknisch nannte und eine Abhängigkeit von Konstitutionstyp und Berufseignung herausstellte. ZELLER untersuchte die Konstitutionsformen im Entwicklungsalter des Kindes und der Jugendlichen. Aber auch viele andere wie BÖSING und HELGMANN bestimmten den Konstitutionstyp und erwähnten ihn bei ihren Untersuchungen.

Da die Bestimmung der Typen wegen der fließenden Übergänge schwierig ist, wurden die verschiedensten Einteilungen vorgenommen. Gleichzeitig entwickelten sich zwei grundsätzlich unterschiedliche Bestimmungsmethoden. Es handelt sich dabei um eine Meßmethode, durch die auf Grund verschiedener Messungen der Konstitutionstyp errechnet wird. Wesentlich einfacher und schneller - und deshalb besonders für die Reihenuntersuchung geeignet - ist das von E. SCHRÖDER 1934 erstmalig veröffentlichte somatoskopische Verfahren. E. SCHRÖDER hat in einer Tabelle die Grundformen des Körperbaues in Anlehnung an die KRETSCHMER'schen Typen zusammengestellt und die beschreibenden Bezeichnungen " schlank, "muskulär" und "rundwüchsig" eingeführt. Die Bestimmung der Körperbauform kann auch bei Kindern vorgenommen werden, da sie nach den überwiegend vorhandenen Merkmalen erfolgt. Bei Veröffentlichung dieser Tabelle wies SCHRÖDER bereits auf die Bedeutung der Körperbauform bei der Beurteilung der biometrisch gewonnenen Werte hin. Dadurch wird es möglich, die Abweichungen der Körpermaße von den sogenannten "Normalwerten" als physiologisch zu erklären und eine Fehlbeurteilung zu vermeiden. Die Feststellung HAGEN's in dem oben zitierten Satz, daß die Abweichungen vom Mittelwert mit fortschreitendem Alter zunehmen, wird auf diese Weise bewiesen, da mit zunehmendem Alter eine stärkere Ausprägung der Körperbauform erfolgt.

Die Bestimmung des Allgemeinzustandes, die bei anderen Methoden von der subjektiven Beurteilung zum Beispiel bei Inspektionsverfahren oder bei der Berechnung von Indices abhängig ist, stützt sich bei SCHRÖDER auf die Beurteilung von Körperlänge und Gewicht unter Berücksichtigung der Körperbauform. Durch diese Methode ist es möglich, von subjektiven Momenten abzukommen und damit die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erhöhen. Je nach Fragestellung können selbstverständlich auch noch andere biometrische Untersuchungen hinzugefügt werden.

Zur Bestimmung des Gesundheitszustandes werden neben dem Allgemeinzustand hinzukommende Befunde zu beachten sein. Bei Schülern handelt es sich um potentiell Gesunde, deren Untersuchung andere Methoden erfordert als sie in der Klinik bei potentiell Kranken notwendig sind. Hierüber schreibt E.SCHRÖDER in seinem Kompendium:

" Die Klinik hat es mit dem kranken Menschen, mit dem Patienten zu tun; sie richtet ihre Aufmerksamkeit auf die Feststellung und die Bewertung der Symptome und ihrer Bedeutung für das Krankheitsgeschehen. Je besser das im Fortschritt der Diagnose erfolgt, je gezielter darauf die Therapie aufgebaut werden kann, desto besser kann die ärztliche Behandlung ihre Aufgabe erfüllen, chronische Erkrankungen und vorzeitigen Tod abzuwehren. Schon bei der Prognose, das heißt bei dem Bestreben, nach überstandener Krankheit die Breite der wiedergewonnenen Leistungsfähigkeit zu be - urteilen, nähert sich aber auch die Feststellung des Klinikers der des Arztes in der Gesundheitsfürsorge und des Schularztes. Diese Frage lautet - auf eine etwas vereinfachte Formel gebracht - nicht mehr "was fehlt dem Patienten", sondern was kann der Mensch in der sozialen Wirklichkeit seines Lebens, im Beruf, das Kind in der Schule, leisten ? "

Folgt man dieser Frage, so kann die Antwort nicht eine anatomische Beschreibung sein, sondern die funktionsdiagnostische Bewertung des Befundes. Das heißt also, die Bewertung des Befundes richtet sich nach dem Ausmaß der die Organfunktion beeinflußenden Wirkung. Hierzu hat E.SCHRÖDER im Kompendium der Gesundheitsfürsorge fünf Wertungsgruppen angegeben:

O Befunde, die die gesundheitliche Leistung z.B. für den Schulbesuch, für die meisten Berufe, auch für Sport und sonstige Leistungen nicht wesentlich beeinträchtigen . (Befunde ohne Krankheitswert).

1 Befunde, die die Leistungsfähigkeit bedingt einschränken, den Besuch von Schulen, Hochschulen usw. nicht beeinträchtigen, aber zu "Überwachung" Veranlassung geben können, die Verwendung in gewissen Berufen und für bestimmte Sportarten oder sonstige Beanspruchungen nur bedingt zulassen.

2 Befunde, bei denen eine Behandlung Aussicht auf Heilung oder Besserung der funktionellen Leistungsfähigkeit bringt (Frühbehandlungsfälle).

3 Befunde, die die allgemeine gesundheitliche Leistungsfähigkeit beschränken, teilweise die Ausbildung in Sonderschulen (Hilfsschule) erfordern, Berufstätigkeit nur im beschränkten Maße zulassen, bei sportlicher Leistung und anderer Belastung sorgfältige Einzelunterscheidungen erfordern, aber im Sinne der Sozialversicherung noch unterhalb der Grenze der Berufsfähigkeit liegen.

4 Befunde, die die gesundheitliche Leistungsfähigkeit so stark behindern, daß der Besuch öffentlicher und allgemeiner Schulen nicht mehr in Frage kommt, Anstaltsunterricht oder Anstaltsunterbringung zweckmäßig erscheint; die Berufsfähigkeit im allgemeinen unterhalb der Invaliditätsgrenze liegt.

Die Organe werden in Organsystemen zusammengefaßt. Dieses Ordnen erleichtert nicht nur die schnelle und vollständige Untersuchung aller Organe, sondern schafft die Voraussetzung für eine übersichtliche Wiedergabe des Befundes. Die Verschlüsselung erfolgt nach der "Funktionsdiagnostischen Tabelle zur Untersuchung und Bewertung Gesunder ". In ihr sind die Organsysteme durch die Ziffern 0 - 9 wiederzugeben:

0 - Haut und Muskulatur
1 - Nervensystem und Psyche
2 - Sinnesorgane
3 - Mund, Rachen, Atmungsorgane
4 - Herz und Kreislauf
5 - Bauch und Urogenitalorgane
6 - Brustkorb und Wirbelsäule
7 - Gliedmaßen
8 - Folgezustände nach Krankheiten
9 - weibliche Genitalorgane

Mit einer zweiten Ziffer werden dann die Organe gekennzeichnet, die dritte Ziffer gibt den Befund an. Die Ziffer der Wertungsgruppe wird bei der Niederschrift vor den Schlüssel gesetzt. Es fällt also die subjektive Formulierung des Befundes weg, sodaß diese nun als Zahl ausgedrückt den Einzelbefund charakterisiert und im Vergleich mit anderen Untersuchten im Sinne eines Gesundheitskatasters ausgewertet werden kann. Auch ist ein Vergleich der Befunde verschiedener Organe möglich.

Die Leistungsfähigkeit hängt von dem Gesundheitszustand ab. Es ist also möglich, die gestellte Frage nach der allgemeinen Leistungsfähigkeit zu beantworten. Die für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit ausschlaggebenden Befunde sind die der Wertungsgruppen 1, 2, 3 und 4. Schüler mit diesen Befunden bilden die sogenannten "Überwachungsfälle". Die Befunde der Wertungsgruppe 0 sind ohne Krankheitswert und behindern die Leistungsfähigkeit nicht. Sie können deshalb unberücksichtigt bleiben. Während bei Befunden der Wertungsgruppen 1 und 2 eine "bedingte" Leistungsfähigkeit vorhanden ist, wird diese bei der Wertungsgruppe 3 "beschränkt" sein. Die Befunde der Wertungsgruppe 4 werden die Leistungsfähigkeit "stark behindern". Bei dieser Bewertung ergibt es sich, daß stets der funktionell am stärksten einschränkende Befund den Ausschlag für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Betroffenen gibt. Die Befunde der Wertungsgruppe 2 nehmen eine Sonder-

stellung ein, da erst nach erfolgter Frühbehandlung die Entscheidung für eine Bewertung im Sinne der übrigen Wertungsgruppen erfolgen kann.

Während die allgemeine Leistungsfähigkeit durch die "höchste Wertungsgruppe" gekennzeichnet ist, liegt bei der Beurteilung der Tauglichkeit für einen Beruf eine spezielle Fragestellung vor. Bei dieser ist die Bewertung der Organbefunde ausschlaggebend, denen bei der Berufsausübung eine besondere Bedeutung zukommt.

Die Betrachtungs- und Beurteilungsweise des Gesunden nach funktionsdiagnostischen Gesichtspunkten ermöglicht einen Einblick in den augenblicklichen Gesundheitszustand des Betreffenden. Wiederholte Untersuchungen, wie sie in der Schul- und Berufsschulgesundheitsfürsorge üblich sind, ergeben einen linearen Überblick, der das Stellen einer Prognose erleichtert, ja wegen individueller Abweichung erst ermöglicht.

Unter Zugrundelegung des Prinzips der Funktionsdiagnostik wurden die nun folgenden Probleme behandelt.

B. H A U P T T E I L

1. Gesundheitliche Gesamtsituation der Ausgangsgruppe

Es wird von der Frage ausgegangen, ob sich ein Jahr nach der berufsschulärztlichen Untersuchung die gesundheitliche Prognose bewahrheitet hat, besonders von(731)Berufsschülern, bei denen Bedenken bestanden. Dieses waren Berufsschüler mit den Wertungsgruppen 1, 2 und 3, also die sogenannten Überwachungsfälle. Diese Gruppe ist brauchbar, weil auch das Gesetz zum Schutze der arbeitenden Jugend eine Nach - untersuchung vorsieht.

Bevor auf die Einzelbeantwortung der Frage, die sich auf Einzeluntersuchungen stützt, eingegangen wird, soll ein Vergleich vorgenommen werden, inwieweit die Ausgangsgruppe von 731 Berufsschülern mit der größeren Gruppe, die ORTMANN 1956 untersuchte, übereinstimmt. Da beide Berufsschuljahrgänge vom selben Untersucher beurteilt wurden, erhöht sich die Vergleichbarkeit. Der Vergleich bezieht sich besonders auf die Feststellungen hinsichtlich des Allgemeinzustandes, gemessen an Größe und Gewicht, unter Berücksichtigung der Körperbauformen, und ob es sich bei der Anzahl der Organbefunde um ein einmaliges Ergebnis handelt oder mit gleicher Bewertung wiederholt.

Bei den untersuchten Berufsschülern handelt es sich um eine soziologisch ausgesuchte Gruppe Jugendlicher, die zum größten Teil-wie 1956- Lehrlinge der Bauberufe sind. Nur 27 Berufsschüler gehen in die Wirtschaftsschule. Die übrigen verteilen sich auf die elektrotechnischen Berufe, Metall-, Bau- und Holzberufe. Die prozentuale Verteilung der Berufsarten unterscheidet sich zu der Gruppe von 1956.

Zur Bestimmung des Allgemeinzustandes dieser Gruppe Jugendlicher werden die Angaben über Körperbauform, Körpergewicht und Körpergröße herangezogen. Die 731 Berufsschüler verteilen

sich auf die Körperbauformen folgendermaßen:

468 muskulär, 195 schlank, 44 rund, 24 dysplastisch.

Das zahlenmäßige Überwiegen der muskulären gegenüber der schlank-und rundwüchsigen Körperbauform zeigt sich deutlich. Wie in der 1956 veröffentlichten Arbeit ist das Verhältnis von

rund : schlank : muskulär wie 1 : 4 : 10.

Dysplastische Körperbauformen, zu denen alle gerechnet wurden, die nicht in eine der 3 Körperbauformen eingeordnet werden konnten, waren 24 ermittelt worden. Wegen der zu geringen Anzahl wurden sie bei der Aufstellung der Tabelle von Körpergewicht und -größe nicht berücksichtigt. In Tabelle 1 sind die 1960 ermittelten Körpermaße der Berufsschüler mit den Körperbauformen schlank - muskulär - rund zusammengestellt. Als Vergleich wurde der Mittelwert für das jeweilige Alter berechnet. Dieser sogenannte "Normalwert" zeigt - wie auch die ORTMANN'sche Arbeit - daß die von E.SCHRÖDER geforderte Berücksichtigung der Körperbauform bei der Beurteilung der Körpermaße eine entscheidende Rolle spielt. Wenn auch bei dem vorliegenden Material der Fehler der zu kleinen Zahl eine Rolle spielt, so wird jedoch deutlich, daß das Gewicht der Rundwüchsigen grösser ist als das der Schüler mit anderen Körperbauformen. Den sogenannten "Normalwerten " näher liegen die Gewichte der Muskulären. Im Gegensatz dazu ist das Gewicht der Schlankwüchsigen weit unter dem des sogenannten Normalen.

Auch bei der Beurteilung der Körpergröße ist die Körperbauform zu berücksichtigen. Die Schlankwüchsigen sind eindeutig größer und die Muskulären und Runden eindeutig kleiner als die sogenannten "Normalen".

Diese summarische Zusammenstellung der Angaben über den Allgemeinzustand der Berufsschüler ergibt im Vergleich zu den 1956 veröffentlichten Werten, daß der Allgemeinzustand der Ausgangsgruppe dem Durchschnitt entspricht.

Tabelle 1

Körpermaße männlicher Berufsschüler
im Alter von 15 - 17 Jahren
nach Körperbauformen

Alter	Khf.	Gewicht(kg)	Größe(cm)	Anzahl der Schüler
15 I	s	55,8	172,3	12
	m	59,5	170,3	33
	r	73,4	169,3	3
	M	59,4	170,7	48
15 II	s	57,8	175,6	30
	m	61,8	173,0	93
	r	66,8	169,1	11
	M	61,3	173,2	134
16 I	s	58,8	177,4	55
	m	62,9	172,4	114
	r	75,8	172,6	12
	M	62,6	173,7	181
16 II	s	59,9	177,2	47
	m	64,8	174,6	109
	r	72,3	173,8	5
	M	63,6	175,3	161
17 I	s	58,2	177,1	31
	m	65,4	174,9	80
	r	78,7	176,2	9
	M	64,5	175,6	120
17 II	s	58,5	176,9	20
	m	65,7	176,5	39
	r	71,1	173,3	4
	M	63,8	176,3	63

Neben den Werten über den Allgemeinzustand wurden den Schülerbogen Angaben über die vorhandenen Organbefunde entnommen. Diese Angaben sind notwendig, um sich ein Bild von dem Gesundheitszustand dieser Gruppe Jugendlicher zu machen. Die Ausgangsgruppe von 731 Berufsschülern wies insgesamt 1035 Organbefunde auf. Bei dem von ORTMANN veröffentlichten Berufsschuljahrgang handelte es sich um eine doppelt so große Ausgangsgruppe von Schülern. Die Anzahl der 1960 registrierten Befunde ist niedriger als es im Vergleich zu erwarten gewesen wäre. Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes beider Jahrgänge ist jedoch nicht die Summe aller Befunde, sondern die Wertigkeit der Organbefunde entscheidend. Tabelle 2 gibt die 1960 registrierten Organbefunde nach Organsystemen und Wertungsgruppen geordnet wieder. Der Fehler der kleinen Zahl zwingt, nur das Gesamtergebnis mit den von ORTMANN 1956 veröffentlichten Zahlen zu vergleichen. Hierbei zeigt es sich, daß die Anzahl der Befunde der Wertungsgruppen 1,2 und 3 anteilmäßig im wesentlichen mit den von 1960 übereinstimmt. Nur in der Wertungsgruppe 0 ist ein Unterschied festzustellen. Befunde der Wertungsgruppe 4 konnten 1960 nicht nachgewiesen werden. Um diesem Unterschied nachzugehen, wurde die Verteilung der Organbefunde auf die Wertungsgruppen in den einzelnen Organsystemen beider Jahrgänge verglichen. Dabei fallen die Größenunterschiede im Organsystem der Sinnesorgane in den Wertungsgruppen 0 und 1 auf. Hier ist eine Zunahme der Befunde der Wertungsgruppe 1 um ein Vielfaches und eine Verminderung der Befunde der Wertungsgruppe 0 in gleicher Weise erfolgt. Da es sich bei den Befunden dieses Organsystems zumeist um Refraktionsanomalien handelt, die objektiv bestimmbar sind und eine allgemeine Verschlechterung des Sehvermögens nicht in diesem Maße angenommen werden konnte, wurde eine methodisch bedingte Differenz angenommen. Durch Nachforschung wurde diese Vermutung bestätigt-. Die Feststellung des Visus beschränkt sich auf die Verwendung der SNELLEN'schen Sehtafeln. Dadurch gelangten 1956 andere Gruppen von Sehstörungen in die Bewertung, sodaß diese statistische Differenz erklärbar ist.

Tabelle 2

Befunde der Ausgangsgruppe
nach Organsystemen und Wertungsgruppen
(1960)

W e r t u n g s g r u p p e n

Organsysteme:	0	1	2	3	4	insg.
0 = Haut und Muskulatur	78 75,7%	6 5,8%	19 18,5%	0	0	103 100%
1 = Nervensystem und Psyche	1	10	0	0	0	11
2 = Sinnesorgane	60 30,5%	121 61,4%	11 5,6%	5 2,5%	0	197 100%
3 = Mund, Rachen, Atmunsorgane	22 26,8%	42 51,2%	18 22%	0	0	82 100%
4 = Herz und Kreislauf	8	2	0	0	0	10
5 = Bauch-und Urogenitals.	132 99,9%	1 0,1%	0	0	0	133 100%
6 = Thorax und Wirbelsäule	126 82,9%	25 16,5%	0	1 0,6%	0	152 100%
7 = Gliedmassen	270 82,1%	51 15,5%	6 1,8%	2 0,6%	0	329 100%
8 = Folgezust.n. Krankh.anlag., Krankheiten	8	4	1	5	0	18
insgesamt	705 68,1%	262 25,3%	55 5,3%	13 1,3%	0	1035 100%
1956 v. ORTMANN veröffentl.	79%	14,6%	5,6%	0,6%	0,15%	

Bei der Beurteilung nach Wertungsgruppen ist in der 1960 verwendeten funktionsdiagnostischen Tabelle festgelegt, daß zur Wertungsgruppe 0 alle die Refraktionsanomalien gerechnet werden, die einen Visus unter 5/10 besitzen. Ab 5/10 wird die Anomalie zur Wertungsgruppe 1 gerechnet. Sind die Refraktionsanomalien der Wertungsgruppen 0 und 1 nicht durch eine Brille ausgeglichen, oder muß der Schüler zwecks Überprüfung des Visus zum Beispiel bei einer Hyperopie an einen Augenarzt überwiesen werden, so wurde der Augenbefund zur Wertungsgruppe 2 gerechnet.

Wegen der getrennten Registrierung der Zahnbefunde (Organsystem 3) in der Berufsschulzahnklinik mußte in der Aufstellung der 1960 untersuchten Berufsschüler auf Befunde dieses Organes verzichtet werden.

Durch den Vergleich mit der ORTMANN'schen Arbeit von 1956 konnte bewiesen werden, daß diese Werte nicht als einmaliger Befund anzusehen sind. Der Gesundheitszustand beider Berufsschuljahrgänge stimmt im wesentlichen überein. Die Vermutung, daß ein Unterschied im Gesundheitszustand der Berufsschüler besteht, die vor oder zu Beginn des 2. Weltkrieges (Untersuchung 1956) und vor dem Ende des Krieges (Untersuchung 1960) geboren wurden, läßt sich anhand der Gruppen Jugendlicher nicht bestätigen.

2. Einzeluntersuchung der Überwachungsfälle

In Einzeluntersuchungen wird an den Überwachungsfällen der 1960 untersuchten Berufsschüler überprüft, ob die bei der ersten berufsschulärztlichen Reihenuntersuchung gestellte Berufsprognose richtig war.

Eine Entscheidung über den weiteren Berufsweg sollte so früh wie möglich an den Berufsschüler herangetragen werden, um ihm unnötig großen Zeitverlust zu ersparen und die Aussicht, daß der Betroffene einen Berufswechsel durchführt, zu erhöhen. Andererseits muß ein Mindestmaß an Zeit verstrichen sein, um beurteilen zu können, ob der Organbefund die Leistungsfähigkeit auch weiterhin so stark funktionell beeinflußt, daß dem Lehrling ein Berufswechsel dringend empfohlen werden muß. Ebenso könnte aus einer Veränderung der Befunde, die eine Neubeurteilung der Leistungsfähigkeit erforderlich macht, eine Änderung der Berufsprognose resultieren. So erfolgte die Nachuntersuchung der Schüler etwa ein Jahr nach der berufsschulärztlichen Reihenuntersuchung bzw. etwa 1 1/2 Jahre nach Aufnahme der Lehre.

Um möglichst einen Überblick über die ärztliche Berufsprognose des voruntersuchten Berufsschuljahrganges zu erhalten, wurde versucht, alle Berufsschüler der Überwachungsgruppe zu erfassen. Durch die entstehenden technischen Schwierigkeiten mußte bei der Einzeluntersuchung auf eine erneute Kontrolle des Allgemeinzustandes verzichtet werden. Dieses konnte auch vorbehaltlos geschehen, da nur die von Organbefunden abhängige Berufsprognose der ersten Untersuchung nachzuprüfen war.

In Einzeluntersuchungen wurden insgesamt 229 Berufsschüler erfaßt. Zu diesen gehörten 12 Berufsschüler mit Befunden der Wertungsgruppe 3, 39 Schüler mit Befunden der Wertungsgruppe 2 und 178 Berufsschüler mit Befunden der Wertungsgruppe 1.
Um einen Einblick in die familiären Verhältnisse und Lebensgewohnheiten der Berufsschüler zu geben, wurden die Berufsschüler der Wertungsgruppen 3 und 2 (Fälle 1 - 51) als Einzeldarstellungen in der Kasuistik niedergelegt. Eine Zusammenfassung aller nachuntersuchten Berufsschüler erfolgte in Tabellenform. Um bei der großen Anzahl der Nachuntersuchten die Ergebnisse übersichtlich darzustellen, wurde auf die Wiedergabe der bei der ersten Untersuchung registrierten Befunde der Wertungsgruppe 0 verzichtet. Lediglich neu hinzu-

kommende Befunde, die die Leistungsfähigkeit beeinflussen, wurden mit aufgenommen. Bei den Fällen 52 bis 207 war bei der ersten Untersuchung nur ein Befund der Wertungsgruppe 1 registriert worden, bei den Fällen 208 - 229 waren es je zwei Befunde der Wertungsgruppe 1.

Berufsschuler mit Organbefunden der w e r t u n g s g r u p p e 3

Nr.	Name	Alter	Allgemeinzustand Gew.	Größe	Kbf.	1. Untersuchung Organbefund		Berufswahl	Maßnahmen und Empfehlungen	Nachuntersuchung Befund	Berufswechs.	Bemerkung
1	L.Ke.	15 II	70,3	173,0	m	Strabism.b.Myopie	3-206	Klavierbauer	Berufswechsel	3-206	nein	Berufswechsel angeraten
2	J.Sta.	16 II	53,3	167,5	s	Radikalop.n.chron. O.med.bds.	3-224	Starkstromelektriker	Berufswechsel	3-224	nein	Berufswechsel angeraten
3	D.Eh.	16 II	63,6	172,0	m	Ot.med.;eins.Taubh. postrach.Thoraxverb. Senk-Knickfüße	3-225 0-600 0-753	Elektroinst.	Berufswechsel/ Innenarbeiten	3-225 0-600 0-753	nein	Berufswechsel/ Lehrstellenw.erforderlich
4	K.Kr.	16 II	74,3	173,0	m	Hochgrad.Hörmind. eins.Myopie Tonsillenvergr. Senk-Knickfüße Appendektomienarbe	3-225 2-210 1-301 1-753 0-513	Polster-Mobel-Tischler	fachärztliche Betreuung	3-225 2-210 1-301 1-753	nein	voraussichtlich tauglich; Nachunters.erforderlich
5	R.An.	17 I	66,3	186,5	m	fixierter Rundrücken Akne Tonsillenvergr. Appendektomienarbe O-Beine Senk-Spreizfüße	3-611 0-000 0-301 0-513 0-741 0-753	Elektroinst.		2-611 1-000 0-301 0-513 0-741 0-753	nein	durch intensiven Sport: 3-611 behandlungsfähig geworden
6	P.Le.	17 I	61,8	177,5	m	Zustand n.Osteomyel. d.Oberschenkels Myopie bds. Tonsillenvergr. Farbensehschwäche	3-740 1-211 1-301 0-215	Bankkaufmann	Knieführungsapparat	3-740 1-211 2-301 0-215	nein	berufstauglich fachärztl.Beurteilung
7	P.J.Pr.	15 II	56,8	168,5	m	unklare Diagnose;erhebl.Beschwerden im Knie Myopie bds. postrach.Thoraxverb.	3-743 1-211 0-600	Elektroinst.	Klärung der Diagnose Berufswechsel	3-743 1-211 0-600	nein	weiterhin Berufswechsel angeraten; Kontrolle
8	M.Se.	15 II	52,5	166,0	m	Zustand d.Poliom.	3-802	Büroangest.	Bandage	3-802	nein	
9	K.D.Er.	16 I	78,8	171,0	m	Recidiv.Polyarthr. rheumatica Myopie bds. Farbensehschwäche	3-804 1-211 0-215	Stahlbauschlosser	Berufswechsel	3-804 1-211 0-215 1-720	nein	Berufswechsel angeraten Tendo - vaginitis i.Abheilung
10	U.Ku.	16 II	59,2	180,0	s	Diab.mell.im Stoffwechselgleichgew.	3-810	Elektroinst.	Insulin	3-810	nein	
11	H.P.Pr.	16 I	118,6	184,0	r	Hypophys.Fettsucht Tonsillenvergr. X-Beine	3-833 1-301 0-744	Starkstromelektriker	Berufswechsel	3-833 2-301 0-744	nein	weiterhin Berufswechsel; fachärztl. Beurteilung
12	J.Br.	15 I	90,7	173,0	d	dystr.adip.genit. Tonsillenvergr. Myopie bds. Spreiz-Senkfüße	3-833 1-301 1-211 0-752	Maschinenschlosser	Berufswechsel	3-833 1-301 1-211 0-752	nein	Berufswechsel nicht erforderlich

Berufsschüler mit Organbefunden der Wertungsgruppe 2

Nr.	Name	Alter	Allgemeinzustand Gew.	Größe	Kbf.	1. Untersuchung Organbefund		Berufswahl	Maßnahmen und Empfehlungen	Nachuntersuchung Befund	Berufswechs.	Bemerkung
13	A.Po.	17 II	68,6	182,0	m	Mycosis	2-000	Starkstrom-elektriker	Facharzt	2-000	nein	
14	G.Re.	17 I	62,0	174,5	s	Inguinalmycose	2-000	Elektroinst.	Facharzt	1-000	nein	
15	W.Mi.	15 I	55,5	171,0	s	Dyshidrot.Ekzem	2-000	Bau-Möbel-Tischler	Facharzt	1-000 1-000	Hilfsarbeiter	wegen finanzieller Vorteile;-frische Narben
16	K.H.Im.	17 II	59,5	176,5	s	Akne vulgaris	2-000	Elektroinst.	Behandlung	2-000 2-301	nein	Tonsillenvergrößerung
17	W.Ro.	16 I	63,6	176,5	m	Dyshidrot.Ekzem Akne vulgaris	2-000 0-000	Elektroinst.	Facharzt	2-000 0-000 1-752	nein	Spreizfüße
18	G.He.	16 II	64,5	177,0	m	Dyshidrot.Ekzem Rot-grünschwäche	2-000 0-215	Elektromech.	Facharzt	0-215	nein	
19	U.Schö.	17 I	73,6	177,0	m	Ekzem bd.Hände	2-000	Elektroinst.	Facharzt	2-000	nein	
20	G.Ue.	16 II	60,4	172,0	m	Akne pustulosa lockere Verbieg. der W.B.S. Senkfüße	2-000 0-610 0-753	Fernmelde-mechaniker	Behandlung	0-000 0-610 0-753 1-513	nein	frische App.narbe
21	M.Pi.	16 I	58,0	167,0	m	Herpes labialis O-Beine Senk-Knickfüße	2-000 0-741 0-753	Elektroinst.		2-000 0-741 0-753	Bau-Möbel-Tischler	war als Elektroinst. entlassen worden
22	H.J.Du.	15 II	76,9	183,0	m	Erythrasma Appendektomienarbe X-Beine Senkfüße	2-000 0-513 0-744 0-753	Fernmelde-mechaniker	Facharzt	2-000 0-513 0-744 1-753	nein	Behandlung erforderlich; Nachkontrolle
23	A.We.	15 I	66,8	181,5	s	Akne pustulosa Myopie bd.	2-000 1-211	Elektroinst.	Behandlung	2-000 1-211	Lehrstellen-wechsel	L.w. wegen Unzuverlässigkeit
24	H.Lu.	17 I	67,0	175,5	m	behandl.Akne Senk-Knickfüße	2-000 1-753	Elektroinst.	Behandlung	1-000 1-753	nein	
25	J.Kr.	16 I	65,7	172,0	m	Akne pustulosa bd.Myopie Tonsillenvergr. Senk-Knickfuße Appendektomienarbe	2-000 1-211 1-301 1-753 0-513	Radio-Fernseh-techniker	Behandlung	2-000 1-211 1-301 1-753 0-513	nein	
26	M.Schö.	15 II	56,2	165,5	m	Tendovaginitis	2-010	Former	Behandlung	3-010	nein	Berufswechsel,da Recidive. Nachuntersuchung erforderlich

27	D.Ro.	17 I	65,7	185,0	m	Ekzem Myopie,unkorrigiert Akne vulgaris Zustand nach Kryptorchism.op.	2-000 2-211 0-000 0-838	Starkstrom-elektriker	Facharzt	2-000 1-211 0-000 0-838	nein	weitere Behandlung aussichtsvoll
28	H.Mü.	16 II	72,2	180,5	m	Akne pustulosa Hörminderung eins. Trommelfell stumpf Myopie bd.;Astigm.	2-000 2-223 1-211	Elektroinst.	Facharzt	2-000 1-223 1-211	nein	
29	P.Thi.	17 II	65,5	176,5	m	Akne vulgaris Zeigefingernagel-verlust n.Unfall Appendektomienarbe	2-000 2-721 0-513	Elektro-maschinen-bauer	Behandlung	2-000 0-513 0-614	nein erworbener Schiefhals	
30	R.Ko.	15 II	58,4	170,0	m	Strabism.konv.; Myopie	 2-206	Stahlbau-schlosser	Facharzt	 2-206 2-223	nein	Berufswechsel fachärztl.Kontrolle subakute Otitis media
31	H.W.Ma.	16 I	72,6	181,5	m	Myopie, unkorrig.	2-211	Starkstrom-elektriker	Facharzt	2-211	nein	fachärztliche Kontrolle
32	H.J.Ro.	16 II	60,9	172,0	m	Otitis media,recid. Myopie,eins.	2-223 0-210	Elektroinst.	Innenarbeiten/ Vorbehalt	1-223 0-210	nein	für Innenarbeiten weiterhin tauglich
33	J.Mü.	15 II	57,6	170,0	s	Otitis media,recid. Hörminderung Plattfüße	 2-223 1-753	Elektroinst.	Berufswechsel/ Innenarbeiten	 2-223 1-753	nein	Berufswechsel/ Lehrstellenwechsel
34	H.Te.	15 I	50,0	162,5	m	Myopie bds. Tonsillenhyperplas. X-Beine	2-211 2-301 0-744	Elektroinst.	Facharzt	2-211 0-744 1-700	nein	fachärztliche Kontrolle Flügelst.d.Schulterbl.
35	H.Schü.	16 I	55,6	174,0	s	Hörmind.eins.; Trommelfell stumpf Plattfüße Appendektomienarbe	 2-223 2-753 0-513	Elektroinst.	Facharzt	 1-753 0-513	nein trägt Einlagen	
36	D.Gr.	15 II	54,0	163,5	m	Tonsillenvergr.	2-301	Former	Facharzt		nein	
37	D.Pf.	16 I	50,2	171,5	s	akute Angina	2-301	Elektroinst.	Facharzt	2-301 1-000	nein	fachärztl. Behandlung Herpes labialis
38	H.P.Ku.	15 I	51,0	161,5	m	Tonsillen-Hyperpl.	2-301	Elektromech.	Facharzt	2-301	nein	Behandlung abgelehnt
39	G.Bo.	15 II	72,6	182,5	m	Tonsillen-Hyperpl.	2-301	Maurer	Facharzt	2-301 0-210	nein	Behandl.vernachlässigt Myopie eins.
40	V.Schü.	16 II	55,2	174,5	s	Tonsillen-Hyperpl. Senkfüße	2-301 0-753	Rundfunk-Fernsehtechn.	Facharzt	2-301 0-753 0-206	nein Strabismus divergens	Behandl.vernachlässigt
41	H.Ma.	15 II	54,3	170,0	s	Tonsillen-Hyperpl. Senk-Knickfüße	2-301 0-753	Elektroinst.	Facharzt	2-301 0-753	nein	fachärztl.Kontrolle

42	W.Wo.	17 I	55,0	172,0	m	akute Angina Schilddrüsenvergr.	2-301 0-834	Elektroinst.	Behandlung	1-301 1-834	nein	
43	H.G.Vö.	16 II	64,0	183,0	s	Tonsillenhyperplasie Akne vulgaris lockere WBS-Verbieg.	2-301 0-000 0-611	Elektromech.	Facharzt	2-301 2-000 0-611	nein	fachärztl.Beratung
44	H.Bu.	17 I	66,2	182,0	m	Tonsillenhyperplasie rachit.Thoraxverbieg. O-Beine	2-301 0-600 0-741	Fernmelde- mechaniker	Facharzt	2-301 0-600 0-741	nein	T.E. von H.Bu.abge- lehnt; Kontrolle
45	W.Po.	16 II	64,3	181,5	m	Tonsillenhyperplasie Amput.li.Zeigefinger- endglied X-Beine	2-301 0-721 0-744	Maurer	Facharzt	2-301 0-721 0-744	nein	T.E.von W.Po. abge- lehnt; Kontrolle
46	J.Schu.	16 II	66,7	182,5	m	Tonsillenhyperplasie Myopie bds.,korrig.	2-301 1-211	Elektroinst.	Facharzt	1-211	nein	weiterbildung durch Abendkurse
47	D.Sche.	17 I	54,7	175,0	s	Tonsillenhyperplasie rachit.Thoraxverbieg.	2-301 1-600	Technischer Zeichner	Facharzt	2-301 1-600 1-730	nein	Furcht vor Schmerzen Beckenschiefstand
48	K.Zi.	17 II	52,5	173,5	s	Tonsillenhyperplasie Senkfuße	2-301 1-753	Elektromasch. bauer	Facharzt	1-753	nein	
49	U.He.	17 I	55,0	166,0	m	Grobbl.RG's über bd. Lungen diffus Plattfuße Hodenbruch-Op.Narbe Appendektomienarbe	2-350 2-753 0-500 0-513	Rundfunk- Fernsehmech.	Facharzt	2-350 1-753 0-500 0-513	nein	Behandlung hat Aus- sicht auf Heilung; Kontrolle
50	H.Ra.	16 I	54,2	166,5	m	Prellung a.Arm(Unfall)	2-700	Former	Behandlung	1-000	nein	Akne vulgaris
51	K.He.	16 II	57,3	168,5	m	Knickfuße Nabelbruch-Op.Narbe	2-754 0-500	Elektroinst.	Facharzt	2-754 0-500	nein	fachärztl.Behandlung

Berufsschüler mit Organbefunden der W e r t u n g s g r u p p e 1

Nr.	Name	Alter	Allgemeinzustand Gew.	Größe	Kbf.	1. Untersuchung Organbefund		Berufswahl	Nachuntersuchung Befund	Berufswechs.	Bemerkung
52	J.Ha.	17 I	94,3	176,5	r	Akne vulgaris	1-000	Elektroinst.	1-000	nein	
53	K.D.Ku.	17 I	52,6	167,0	m	Akne vulgaris	1-000	Rundfunk-Fernsehtechn.	1-000	nein	
54	R.Li.	17 I	58,5	167,0	m	Brandnarbe	1-002	Elektroinst.	1-002	nein	
55	K.D.Po.	15 I	59,0	172,0	m	Brandwundennarbe	1-002	Elektromech.	1-002	nein	
56	D.Fü.	15 II	53,6	173,5	m	Haarausfall,Scheitel	1-006	Former	2-006	nein	
57	K.G.De.	16 I	57,8	157,5	d	Stottern	1-101	Masch.Schl.	1-101	nein	
58	A.Schw.	16 I	73,8	171,0	s	Stottern	1-101	Fernmelde-mechaniker	0-101	nein	
59	G.Fr.	17 II	58,3	177,0	s	einzelne Intelligenzschwächen	1-102	Elektroinst.	1-102	nein	
60	L.Hö.	17 I	60,6	178,0	s	einzelne Intelligenzschwächen	1-102	Gebäude-reiniger	0-102	nein	
61	H.Ze.	15 I	56,5	170,0	s	einzelne Intelligenzschwächen	1-102	Stahlbauschlosser	0-102	nein	
62	E.Fe.	15 II	57,2	180,5	s	einzelne Intelligenzschwächen	1-102	Elektroinst.	1-102	nein	
63	M.Thi.	15 I	50,8	161,5	m	Strabismus	1-206	Fernmelde-mechaniker		nein	
64	D.Schu.	16 I	60,4	175,0	s	Hyperopie	1-210	Postbeamter	2-210	nein	augenärztliche Kontrolle
65	H.Ra.	16 I	56,3	182,0	s	Myopie,eins.	1-210	Fernmelde-mechaniker	2-210	nein	Brillenkontrolle
66	I.Be.	17 I	73,0	176,0	m	Myopie,eins.	1-210	Elektroinst.	2-210	nein	Brillenkontrolle
67	U.En.	15 II	55,0	167,0	m	Myopie,eins.	1-210	Elektroinst.	2-210	nein	Brillenkontrolle
68	L.Ko.	15 II	60,0	169,0	m	Myopie,eins.	1-210	Fernmelde-mechaniker	2-210 1-000	nein	Brillenkontrolle Akne vulgaris
69	H.J.We.	15 II	52,0	164,0	m	Myopie,eins.	1-210	Bautischler	2-210	nein	Brillenkontrolle
70	R.Schö.	17 I	63,5	169,0	m	Myopie,eins.	1-310	Stahlbauschl.	1-211	nein	
71	W.Mö.	16 II	47,2	162,0	d	Myopie,eins.	1-210	Elektromech.	1-210	nein	
72	B.Wi.	16 I	65,9	169,5	m	Myopie,eins.	1-210	Zimmermann	1-210	nein	
73	M.Mu.	17 I	72,5	186,0	m	Myopie,eins.	1-210	Elektroinst.	1-210	nein	
74	K.D.Hä.	16 I	52,3	163,0	m	Myopie,eins.	1-210	Elektroinst.	1-210	nein	

75	K.Fu.	15	II	48,8	159,0	d	Myopie,eins.	1-210	Elektroinst.	1-210	nein	
76	H.Gö.	16	II	63,6	183,0	s	Myopie,eins.	1-210	Elektroinst.	1-210	nein	
77	A.Ba.	16	II	68,0	178,0	m	Myopie,eins.	1-210	Elektromech.	1-210	nein	
78	E.Schm.	16	I	70,5	174,5	m	Myopie,eins.	1-210	Elektromech.	1-210	nein	
79	J.Le.	17	II	67,0	180,5	s	Myopie,eins.	1-210	Fernmeldemech.	0-210	nein	
80	F.Oe.	15	I	80,2	161,5	r	Myopie,bds.	1-211	Former	2-211	nein	Brillenkontrolle
81	W.Mo.	16	II	65,0	178,0	m	Myopie,bds.	1-211	Elektromonteur	2-211	nein	Brillenkontrolle
82	M.Le.	15	II	51,0	169,0	m	Myopie,bds.	1-211	Elektromech.	2-211	nein	Brillenkontrolle
83	G.Pu.	16	I	63,6	178,0	s	Myopie,bds.	1-211	Elektroinst.	2-211	nein	Brillenkontrolle
84	K.U.Mr.	15	II	54,8	175,0	s	Myopie,bds.	1-211	Elektroinst.	2-211 2-200	nein	Brillenkontrolle Blepharitis; Facharzt
85	K.H.Di.	16	I	68,6	173,0	r	Myopie,bds.	1-211	Elektroinst.	2-211	nein	Brillenkontrolle
86	R.We.	17	I	56,0	168,5	m	Myopie,bds.	1-211	Stahlbauschl.	2-211 2-721	nein	fachärztl.Beurteilung Handquetschung(Betriebsunfall)
87	P.Ku.	16	I	72,0	174,5	m	Myopie,bds.	1-211	Fernmeldemech.	2-211 1-753	nein	fachärztl.Beurteilung Senkfüße
88	M.Ho.	16	II	67,2	182,0	m	Myopie,bds.,eins. Astigmatismus	1-211	Maschinenschl. Elektromech.	2-211 2-211	nein nein	Brillenkontrolle Brillenkontrolle
89	W.Ha.	16	II	58,8	170,0	m	Myopie,bds.,eins. Astigmatismus	1-211	Stahlbauschl.	2-211	nein	Brillenkontrolle
90	G.Sti.	15	II	85,0	193,0	m	Myopie,bds.	1-211	Maschinenschl.	2-211	nein	Brillenkontrolle
91	J.Zo.	17	II	65,7	177,0	m	Myopie,bds.	1-211	Elektroinst.	1-211	nein	
92	W.Tr.	17	I	62,0	180,0	s	Myopie,bds.	1-211	Starkstromelek.	1-211	nein	
93	M.Fa.	17	I	63,7	182,0	s	Myopie,bds.	1-211	Ofensetzer	1-211 1-720	Fernmeldetechn.	Neuer Beruf gefällt besser Zustand nach Sehnenscheidenentz.
94	W.We.	15	II	63,6	176,0	m	Myopie,bds.	1-211	Fernsehtechn. Elektroinst.	1-211 1-700 1-211	nein nein	Flugelstellung d.Schulterblätter
95	W.Schw.	16	I	56,1	176,5	s	Myopie,bds.	1-211	Elektroinst.	1-211	Elektromechan.	Neuer Beruf gefällt besser
96	G.Se.	17	I	64,3	170,0	m	Myopie,bds.,eins. Astigmatismus	1-211	kaufm.Beruf	1-211	nein	
97	H.J.Su	15	I	56,4	169,5	m	Myopie,bds.	1-211	Elektroinst.	1-211	nein	
98	H.Schu	16	I	57,0	173,5	s	Myopie,bds.	1-211				
99	W.Ri.	16	I	63,1	188,0	s	Myopie,bds.	1-211				

100	G.Gr.	16	II	57,8	179,0	s	Myopie,bds.	1-211	Elektroinst.	1-211	nein
101	L.Sh.	15	II	62,9	174,0	r	Myopie,bds.; bds. Astigmatismus	1-211	Betriebsschl.	1-211	nein
102	B.Go.	16	I	58,6	167,0	m	Myopie,bds.	1-211	Elektromech.	1-211	nein
103	D.Kö.	17	I	67,6	184,0	m	Myopie,bds.	1-211	Maschinenschl.	1-211	nein
104	H.Pi.	17	I	74,1	176,0	m	Myopie,bds.	1-211	Betriebsschl.	1-211	nein
105	D.Mu.	16	II	57,3	174,0	s	Myopie,bds.	1-211	Betriebsschl.	1-211	nein
106	G.Mo.	15	I	65,5	178,0	m	Myopie,bds.	1-211	Fernmeldemech.	1-211	nein
107	P.Lu.	16	I	55,2	168,0	m	Myopie,bds.	1-211	Elektroinst.	1-211	nein
108	R.Kö.	16	II	62,0	169,5	m	Myopie,bds.	1-211	Maschinenschl.	1-211	nein
109	A.Kl.	16	II	63,6	176,0	m	Myopie,bds.	1-211	Fernmeldemech.	1-211	nein
110	B.Gr.	16	I	72,2	176,5	m	Myopie,bds.	1-211	Zimmermann	1-211	nein
111	H.P.Gr.	16	II	61,7	175,0	s	Myopie,bds.	1-211	Maurer	1-211	nein
112	K.Ge.	15	I	58,0	169,5	m	Myopie,bds.	1-211	Masch.bauer	1-211	nein
113	L.Fi.	16	I	54,5	172,5	m	Myopie,bds.	1-211	Masch.bauer	1-211	nein
114	J.Dr.	15	I	62,3	180,0	m	Myopie,bds.	1-211	Elektroinst.	1-211 1-611	nein Kynhose
115	H.We.	17	I	67,3	175,0	m	Myopie,bds.	1-211	Elektroinst.	1-211	nein
116	G.Schö.	15	II	54,6	171,0	s	Myopie,bds.	1-211	Former	1-211	nein
117	J.Schn.	16	II	66,7	182,5	m	Myopie,bds.	1-211	Radio-Fernseh-techniker	1-211	nein
118	G.Ro.	15	II	58,0	174,5	m	Myopie,bds.	1-211	Tischler	1-211	nein
119	L.Mü.	17	I	82,3	188,0	m	Myopie,bds.	1-211	Starkstromel.	1-211	nein
120	G.Mü.	17	I	51,0	169,5	s	Myopie,bds.	1-211	Elektroinst.	1-211	nein
121	W.Ma.	15	I	59,5	174,0	m	Myopie,bds.	1-211	Betriebsschl.	1-211	nein
122	G.Li.	17	I	65,3	181,0	m	Myopie,bds.;eins. Astigmatismus	1-211	Elektroinst.	1-211	nein
123	K.Li.	17	II	56,1	175,0	s	Myopie,bds.	1-211	Elektroinst.	1-211	nein
124	D.Le.	15	II	65,6	174,0	m	Myopie,bds.;eins. Astigmatismus	1-211	Tischler	1-211	nein
125	E.Ka.	17	I	56,0	164,0	m	Myopie,bds.	1-211	Fernmeldemech.	1-211	nein
126	H.Fr.	16	II	58,9	167,5	m	Myopie,bds.	1-211	Elektroinst.	1-211	nein
127	K.Fr.	16	I	59,0	180,0	s	Myopie,bds.	1-211	Elektroinst.	1-211 1-800	nein Akne vulgaris
128	N.We.	17	II	58,1	180,0	s	Myopie,bds.	1-211	Elektromech.	1-211	nein
129	W.Gr.	16	II	59,5	168,0	m	Myopie,bds.	1-211	Elektroinst.	0-211	nein
130	E.Bi.	16	I	49,2	172,0	s	Myopie,bds.	1-211	Maschinenschl.	0-211	nein
131	K.H.Si.	16	II	64,6	176,5	m	Myopie,bds.	1-211	Fernmeldemech.	0-211	nein
132	H.Ra.	16	I	58,0	178,0	s	Farbenblindheit	1-215	Maurer	1-215	nein
133	P.Kr.	15	I	65,2	170,5	m	Farbenblindheit	1-215	Maschinenschl.	1-215	nein
134	P.Lu.	17	I	58,8	172,0	s	Farbenblindheit	1-215	Stahlbauschl.	1-215	nein

135	D.Mü.	17	I	62,6	174,0	m	Farbenblindheit	1-215	Technischer Zeichner	1-215 2-721	nein	Daumengrundgelenksverletzung
136	D.Ho.	16	II	52,2	168,5	m	Farbenblindheit	1-215	Elektroinst.	1-215	nein	Weiterhin Berufswechsel erfordl.
137	P.Kr.	15	I	65,2	170,5	m	Farbenblindheit	1-215	Elektroinst.	1-215	nein	weiterhin Berufswechsel erfordl.
138	J.Se.	16	I	67,2	174,0	r	Farbenblindheit	1-215	Elektroinst.	1-215	nein	Weiterhin Berufswechsel erfordl.
139	H,J.Kr.	17	II	62,8	176,0	m	Farbenblindheit	1-215	Fernmeldemech.	1-215	nein	Weiterhin Berufswechsel erfordl.
140	D.He.	16	II	63,0	181,0	s	bds.Trommelfelldefekt	1-223	Maurer	1-223	nein	Berufsw.angeraten,da in der Zwischenzeit Rezidiv
141	H.Ol.	15	II	60,7	181,5	s	bds.Hörminderung für hohe Frequenzen	1-225	Maschinenschl.	1-225	nein	weiterhin Berufswechsel mit Vorbehalt
142	W.We.	15	II	63,6	176,0	m	Hörminderung	1-225	Elektroinst.	2-000	nein	Akne pustulosa
143	J.Ho.	17	I	70,6	178,5	m	Tonsillenvergrößerung	1-301	Elektroinst.	2-301	nein	fachärztliche Beurteilung
144	G.Ni.	16	II	60,6	171,0	m	Tonsillenvergrößerung	1-301	Starkstromel.	2-301	nein; Abendschule	fachärztliche Beurteilung
145	D.M.Mo.	17	I	62,6	180,0	s	Tonsillenvergrößerung	1-301	Elektromech.	2-301	nein	T.E.war vorgesehen
146	W.Mi.	15	I	55,2	169,0	s	Tonsillenvergrößerung	1-301	Elektromech.	2-301	nein	fachärztliche Beurteilung
147	H.J.Ti.	16	I	51,2	167,5	s	Tonsillenvergrößerung	1-301	Elektroinst.	2-301	Möbeltischl.	1.Beruf gefiel nicht
148	M.Pr.	16	II	62,4	171,0	m	Tonsillenvergrößerung	1-301	Fernmeldemech.	2-301 1-614	nein	T.E. ist vorgesehen Schiefhals
149	E.Le.	16	I	56,6	177,0	s	Tonsillenvergrößerung	1-301	Fernmeldemech.	1-301	nein	
150	R.Kl.	17	I	59,5	178,5	s	Tonsillenvergrößerung	1-301	Maschinenbauer	1-301	nein	
151	G.La.	16	I	55,0	166,0	m	Tonsillenvergrößerung	1-301	Radio-Fernseh-techniker	1-301	nein	
152	H.Me.	16	II	69,0	175,5	m	Tonsillenvergrößerung	1-301	" "	1-301	nein	
153	H.Wo.	15	I	60,4	176,0	s	Tonsillenvergrößerung	1-301	Maschinenschl.	1-301	nein	
154	H.G.Ma.	16	II	68,4	184,0	m	Tonsillenvergrößerung	1-301	Elektroinst.	1-301 1-753	nein	Senk-Knickfüße
155	B.Ma.	16	I	61,5	172,5	m	Tonsillenvergrößerung	1-301	Fernmeldemech.	1-301	nein	
156	G.He.	16	I	64,6	175,5	m	Tonsillenvergrößerung	1-301	Maschinenschl.	1-301 1-753	nein	Plattfüße,mit Einlagen
157	K.H.Di.	16	I	68,6	173,0	r	Tonsillenvergrößerung	1-301	Fernmeldemech.	1-301	nein	
158	B.Zi.	16	I	65,1	184,0	s	Tonsillenvergrößerung	1-301	Bautischler	1-301	nein	
159	M.Ew.	16	I	53,2	173,5	s	Tonsillenvergrößerung	1-301	Beutel-Maschi-nenführer	1-301 1-000	nein	Akne vulgaris
160	M.Schm.	15	I	52,7	169,5	s	Tonsillenvergrößerung	1-301	Fernmeldemech.	0-301	Abendschule nein	
161	G.Schm.	16	II	54,5	171,5	m	Tonsillenvergrößerung	1-301	Masch.bauer		nein	T.E. durchgeführt
162	J.Fr.	17	I	61,0	170,5	m	Polypen der Nase	1-330	Starkstromel.	1-330 1-301	nein	Tonsillenvergrößerung
163	E.Ha.	15	I	57,9	165,0	m	Systolicum über Pulm.	1-401	Elektromaschb.		nein	
164	H.J.Gö.	16	I	61,3	177,0	d	Appendektomienarbe	1-513	Fernmeldemech.	0-513	nein	
165	R.Do.	16	II	50,0	173,0	s	postrachit.Thoraxverb.	1-600	Elektroinst.	1-600	nein	
166	J.Ko.	16	I	51,7	170,5	m	postrachit.Thoraxverb.	1-600	Elektromech.	1-600 2-700	nein	Schulterhochstand; Behandlung

167	G.Ko.	16	II	67,2	184,0	m	Skoliose	1-610	Tischler	2-610	Maurer	B.w. gegen den Willen der Eltern. Jetzt: Berufswechsel erforderlich. Facharzt
168	H.Mü.	16	II	49,6	170,0	s	Skoliose	1-610	Jalousiebauer	1-610	nein	
169	W.Gi.	15	II	47,5	162,5	m	Skoliose	1-610	Elektroinst.	1-610 2-753	nein	Platt-Knickfüße; Facharzt
170	J.Be	17	I	73,0	176,0	m	Skoliose	1-610	Starkstromel.	1-610	nein	
171	M.Te.	17	I	54,4	164,5	m	Skoliose	1-610	Elektromech.	1-610	nein	
172	P.Str.	17	I	58,0	182,0	s	Skoliose	1-610	Elektroinst.	1-610	nein	
173	E.Ne.	17	I	63,3	182,5	m	Skoliose	1-610	Elektroinst.		nein	
174	U.Te.	15	II	52,4	163,0	d	Kyphose	1-611	Elektroinst.	2-611	nein	Facharzt
175	G.Re.	16	I	61,5	179,0	s	Kyphose	1-611	Elektroinst.	1-611 1-753	nein	Senkfüße
176	P.En.	15	I	48,0	162,0	m	Kyphose	1-611	Elektroinst.	1-611	nein	
177	W.D.Ho.	17	I	58,0	168,0	m	O-Beine	1-741	Maschinenschl.	1-741	nein	
178	M.Stö.	15	II	63,7	182,0	m	Morbus-Schlatter	1-742	Bautischler		nein	
179	G.Hö.	16	II	71,0	175,0	r	Varicen bd.Unterschenkel	1-747	Elektromech.	1-747	Abendschule; nein	Weiterhin B.w.mit Vorbehalt
180	A.Kö.	16	II	72,0	179,5	m	Spreizfüße	1-752	Starkstromel.	2-752	nein	fachärztliche Beurteilung
181	H.Ha.	17	I	66,3	175,0	m	Senk-Knickfüße	1-753	Maschinenschl.	2-753	nein	fachärztliche Beurteilung
182	H.J.Sto.	15	I	67,7	178,0	m	Senk-Knickfüße	1-753	Elektroinst.	2-753	nein	Einlagen neu anpassen
183	H.P.Ne.	17	I	52,4	173,0	s	Senk-Knickfüße	1-753	Radiotechniker	2-753	nein	Einlagen neu anpassen
184	G.Pe.	17	I	61,5	172,5	m	Plattfüße	1-753	Fernsehtechn.	2-753	nein	Einlagen neu anpassen
185	H.Vo.	17	I	53,3	173,5	s	Senk-Knickfüße	1-753	Zimmermann	2-753	1.Beifahrer 2.Hilfsarbeiter	B.w.wegen Unregelmäßigkeiten Facharzt, da Beschwerden
186	L.Wi.	16	I	55,1	168,0	m	Senk-Knickfüße	1-753	Elektromaschb.	2-753 1-000	nein	Fachärztliche Beurteilung Akne vulgaris
187	U.Ko.	15	II	52,3	177,5	s	Senk-Knickfüße	1-753	Maschinenschl.	2-753	nein	Facharzt, da Beschwerden
188	J.Schm.	17	I	67,2	173,5	m	Platt-Knickfüße	1-753	Elektroinst.	2-753	nein	Fachärztliche Beurteilung
189	G.Schi.	16	I	67,2	174,0	m	Platt-Knickfüße	1-753	Bautischler	2-753	Lehrst.wechsel	Lehrherr verstorben;Facharzt
190	W.Eb.	16	I	64,0	171,0	m	Senk-Knickfüße	1-753	Elektroinst.	2-753 1-700	nein	Fachärztliche Beurteilung Akne vulgaris
191	G.Bo.	16	I	66,6	174,0	r	Plattfüße	1-753	Fernmeldemech.	2-753	nein	Einlagen neu anpassen
192	D.Kl.	16	II	48,2	161,0	m	Senkfüße	1-753	Masch.bauer	1-753	nein	
193	J.Br.	17	I	43,6	155,5	d	Plattfüße	1-753	Elektroinst.	1-753	nein	trägt Einlagen
194	K.P.Kr.	16	I	58,4	169,0	m	Senkfüße	1-753	Elektroinst.	1-753 1-611	nein	Kyphose
195	G.Mü.	17	I	86,8	178,0	r	Platt-Knickfüße	1-753	Bautischler	1-753	nein	trägt Einlagen
196	B.Om.	17	I	81,0	175,0	r	Platt-Knick-Spreizfüße	1-753	Betriebsschl.	1-753	nein	trägt Einlagen
197	L.Tr.	16	I	58,8	169,0	m	Plattfüße	1-753	Elektroinst.	1-753 1-211	nein	trägt Einlagen Myopie bds..
198	J.Wu.	15	I	49,8	161,0	d	Plattfüße	1-753	Masch.schloss.	1-753 1-610	nein	trägt Einlagen Skoliose

199	R.Ni.	15	II	40,4	159,0	d	Plattfüße	1-753	Elektroinst.	1-753	1.Lehrst.w. 2.Masch.Arb.	- angeblich berufsfremde Arbeit -"Rechnen fiel schwer" trägt Einlagen
200	J.Ei.	16	I	51,3	161,0	m	Platt-Knickfüße	1-753	Elektroinst.	1-753	nein	trägt Einlagen
201	P.Ul.	16	II	53,3	162,0	m	Platt-Knickfüße	1-753	Elektroinst.	1-753	Maler	besserer Verdienst; trägt Einlagen
202	S.Schu.	16	I	55,1	172,0	s	Platt-Fuße	1-753	Fernmeldemech.	1-753	nein	trägt Einlagen
203	G.Lü.	16	I	55,1	174,0	s	Senkfüße	1-753	Fernmeldemech.	1-753	nein	trägt Einlagen
204	B.Ro.	16	I	60,5	175,5	s	Senk-Knick-Spreizfüße	1-753	Elektroinst.	1-753 1-301	nein	trägt Einlagen Tonsillenvergrößerung
205	P.Re.	16	II	47,7	146,5	d	Knickfüße	1-754	Former	2-754	nein	Fachärztliche Beurteilung
206	U.H.Mo.	17	I	92,2	185,0	r	Fettleibigkeit	1-833	Stahlbauschl.	1-833	nein	
207	H.H.Wi.	17	II	74,1	183,0	m	Kryptorchismus eins.	1-838	Maschinenschl.	1-838	nein	

Berufsschüler mit mehreren Organbefunden der W e r t u n g s g r u p p e 1

Nr.	Name	Alter	Allgemeinzustand Gew.	Größe	Kbf.	1. U n t e r s u c h u n g O r g a n b e f u n d		Berufswahl	Nachuntersuchung Befund	Berufswechsel	Bemerkung
208	P.Ja.	15 II	68,5	185,0	s	Akne vulgaris Myopie,bds.	1-000 1-211	Elektroinst.	1-000 1-211 1-752	nein	Spreizfüße
209	K.D.No.	16 I	59,0	171,0	m	Stottern Platt-Knickfüße	1-101 1-753	Elektroinst.	1-101 2-753	nein	fachärztliche Beurteilung
210	H.J.Ku.	16 I	52,8	175,5	s	einzelne Intelligenzschwächen Platt-Knickfüße	1-102 1-753	Elektroinst.	0-102 2-753	nein	fachärztliche Beurteilung
211	H.J.We.	17 II	73,3	178,0	r	Myopie,eins.; Strabismus Tonsillenvergrößerung	1-206 1-301	Radio-Fernsehtechn.	1-206 1-301	nein	
212	K.Dr.	15 II	61,8	171,0	m	Myopie,eins. Tonsillenvergrößerung	1-210 1-301	Elektroinst.	2-210 2-301	nein	fachärztliche Beurteilung
213	P.Ha.	16 II	64,0	183,0	m	Myopie,eins. Skoliose	1-210 1-611	Radio-Fernsehtechn.	1-210 2-611	nein	ist in fachärztl.Betreuung
214	H.Co.	15 II	59,6	173,0	m	Myopie,bds. Farbenblindheit	1-211 1-215	Elektromech.	1-211 1-215	nein	trägt Brille; weiterhin Berufswechsel erforderlich
215	P.Go.	17 II	73,4	181,0	m	Myopie,bds. eins.Taubheit	1-211 1-225	Elektromaschb.	1-211 1-225	nein	
216	K.D.Kn.	15 II	64,5	169,5	r	Myopie,bds. Tonsillenvergrößerung	1-211 1-301	Elektroinst.	1-211 2-301	nein	T.E. von K.D.Kn.abgelehnt
217	H.J.Wa.	15 II	53,9	159,0	r	Myopie,bds. Tonsillenvergrößerung	1-211 1-301	kaufm.Beruf	1-211 2-301	nein	lehnt T.E.wegen "Schutzfunktion" ab
218	L.Be.	15 I	55,5	157,5	m	Myopie,bds. Tonsillenvergrößerung	1-211 1-301	Stahlbauschl.	1-211 2-301	nein	T.E. abgelehnt, trotz häufiger Rezidive
219	K.Hü.	17 II	71,5	176,0	m	Myopie,bds. Tonsillenvergrößerung	1-211 1-301	Elektrowickl.	1-211 2-301	nein	T.E. ist vorgesehen
220	G.Mi.	17 I	46,0	172,0	s	Myopie,bds. postrach.Thoraxverb.	1-211 1-600	Industriekaufmann	1-211 1-600	nein	
221	G.Wo.	16 II	70,2	185,5	s	Hyperopie Skoliose	1-211 1-610	Zimmermann	2-211 1-610	nein	weiterhin Berufswechsel erforderlich; fachärztl.Kontrolle
222	N.Schr.	17 II	53,5	177,5	s	Myopie,bds.;Astigm. Kyphose	1-211 1-611	Elektroinst.	2-211 2-611 1-000	nein	Brillenkontrolle fachärztliche Beurteilung Akne vulgaris
223	W.Ma.	15 II	79,5	170,0	r	Myopie,bds. Fettleibigkeit	1-211 1-833	Maschinenschl.	2-211 1-833 1-753	nein	fachärztliche Betreuung Senkfüße
224	J.Ha.	17 II	66,7	170,0	m	Farbenblindheit Tonsillenvergrößerung Senk-Knickfüße	1-215 1-301 1-753	Elektromasch. bauer	1-215 1-301 1-753	nein	weiterhin Berufswechsel erforderlich

225	F.G.Ma.	15 II	54,7	177,5	s	Farbenblindheit Beckenschiefstand	1-215 1-730	Elektroinst.	1-215 1-730 1-610	nein	weiterhin Berufswechsel erfordl. Skoliose
226	N.Schu.	16 I	48,4	163,5	d	Farbenblindheit Plattfüße	1-215 1-753	Korbmacher	1-215 2-753	nein	Einlagen neu anpassen
227	H.D.Ul.	17 I	56,0	167,5	r	Tonsillenvergrößerung Senkfüße	1-301 1-753	Elektroinst.	2-301 1-753	nein	fachärztliche Beurteilung
228	J.Tr.	15 I	51,2	163,0	m	Tonsillenvergrößerung Senkfüße	1-301 1-753	Fernmeldemech.	1-301 1-753 1-000	nein	Akne vulgaris
229	H.Kl.	17 I	57,5	174,0	s	Systolicum über Pulm. Platt-Knickfüße	1-401 1-753	Radio-Fernseh-techniker	1-401 2-753	nein	fachärztliche Beurteilung

Anteilmäßig gehörten - wie zu erwarten war- die meisten Berufsschüler, denen bei der ersten Untersuchung aus berufsprognostischen Gründen ein Berufswechsel angeraten werden mußte, zur Wertungsgruppe 3. Dieses beruht auf der beschränkten Leistungsfähigkeit dieser Gruppe. Bei den Betroffenen ist es notwendig, den richtigen - d.h. einen der Leistungsfähigkeit entsprechenden-Beruf zu erlernen. Da die beschränkte Leistungsfähigkeit meistens nur ein Organsystem betrifft, ist darauf zu achten, daß der Berufsschüler nicht in einem Beruf verbleibt, in dem er von der Leistungskraft dieses Organsystems abhängig ist. Diese Berufslenkung würde also günstiger schon bei der Schulentlassungsuntersuchung erfolgen. Da es trotz der positiven Beratung des Arztes diesem nicht in die Hand gegeben ist, seine ärztliche Meinung durchzusetzen, wird nicht vermieden, daß der Schüler einen seiner Leistungsfähigkeit nicht entsprechenden Beruf erlernt.

Von den 12 Berufsschülern mit beschränkter Leistungsfähigkeit mußte bei der ersten berufsschulärztlichen Untersuchung 6 Schülern empfohlen werden, den Beruf zu wechseln. (Fälle 1, 2, 7, 9, 11, 12). Ein Berufsschüler mußte darauf aufmerksam gemacht werden, daß er nicht alle Arbeiten seines Berufes ausführen kann, ohne seine Gesundheit zu gefährden (Fall 3). Es handelt sich dabei um einen Klavierbauer (1) mit einem Sehfehler, einen Starkstromelektriker (2) mit einer chronischen Otitis media, einen Elektroinstallateur (7) mit rezidivierenden erheblichen Beschwerden im Kniegelenk bei völligem Leistungsausfall, einen Stahlbauschlosser (9) mit rezidivierender Polyarthritis rheumatica, einen Starkstromelektriker (11) mit hypophysärer Fettsucht und einen Maschinenschlosser (12) mit einer Dystrophia adiposogenitalis. Diese Berufsschüler hatten einen Beruf erwählt, den sie zwar noch mit Liebe und Eifer ausüben, der aber für viele von ihnen einen frühzeitigen Berufsausfall bringen wird. So ist die

Berufsprognose für den Starkstromelektriker (2) und den Stahlbauschlosser (9) mit ihren Organbefunden und der Abhängigkeit von Witterungseinflüssen sehr ungünstig, da sowohl die chronische Otitis media,(ad 2) als auch die rezidivierende Polyarthritis rheumatica (ad 9) die Berufsausübung häufig unterbricht und auch wieder unterbrechen wird, bis sie schließlich zur Berufsaufgabe oder Frühinvalidität führt. Dem Elektroinstallateur (7) - der seinen Beruf zum größten Teil stehend auszuüben hat - wird die Belastung des Knies eine Verschlechterung des Befundes bringen, die auch ihn zur Aufgabe des Berufes zwingen wird. Der Starkstromelektriker (11) - von dem ein guter Allgemein-und Gesundheitszustand gefordert werden muß - ist durch die hypophysäre Fettsucht in seiner körperlichen Geschicklichkeit und Beweglichkeit behindert. Bei diesen 4 Berufsschülern besteht also diese ungünstige Berufsprognose auch weiterhin. Nicht anders verhält es sich mit dem Klavierbauer (1). Für den Beruf als Klavierbauer wird eine normale Sehschärfe gefordert. Der Lehrling hat sich aber angeblich in seinem Beruf so gut bewährt, daß er einen Berufswechsel wie bisher nicht vorzunehmen beabsichtigt. Die ärztliche Prognose bleibt trotzdem unverändert.

Im Gegensatz zur Erstuntersuchung wurde im Fall 12, einem Maschinenschlosser, bei der Nachuntersuchung kein Berufswechsel angeraten, wenn auch die ärztliche Prognose unverändert war. In der Zwischenzeit hatte sich der Berufsschüler an seinem Arbeitsplatz ausreichend bewährt, wobei die Frage der Überkompensation noch nicht beantwortet werden konnte.

Fall 3 ist ein Elektroinstallateur, mit einseitiger Taubheit nach Otitis media. Der Lehrling ist in ständiger fachärztlicher Behandlung. Die Inspektion des erkrankten Ohres bei der Nachuntersuchung ergab eine eitrige Sekretion. Deshalb mußte dem Berufsschüler dringend empfohlen werden, seinen

Beruf zu wechseln oder zumindest eine Lehrstelle anzutreten, in der er ausschließlich Innenarbeiten auszuführen hat. Durch Witterungseinflüsse beim Arbeiten auf dem Bau hatte sich der Befund verschlechtert und eine Aussicht auf Besserung beim Verbleib des Betroffenen an diesem Arbeitsplatz ist nicht gegeben.

Die übrigen der 12 Berufsschüler mit Organbefunden der Wertungsgruppe 3 hatten von vornherein einen ihrer beschränkten Leistungsfähigkeit entsprechenden Beruf ergriffen und waren in diesem auch nach einem Jahr unverändert leistungsfähig, sodaß die Berufsprognose bei der Nachuntersuchung bestätigt werden konnte.

Bei den Berufsschülern mit Befunden der Wertungsgruppe 2 ist im allgemeinen eine Beurteilung der Berufsprognose erst möglich, wenn der zu den Frühbehandlungsfällen gerechnete Befund ausreichend versorgt und dann eine funktionelle Bewertung der Leistungsfähigkeit erfolgt ist. Dieses ist notwendig, da zur Wertungsgruppe 2 sowohl interkurrente Erkrankungen als auch prämorbide Phasen gerechnet werden, die der Frühbehandlung erfordern. Es ist deshalb nicht in allen Fällen möglich, bei einer einmaligen Untersuchung eine endgültige Bewertung vorzunehmen. In den Fällen 32 und 33 - bei je einem Elektroinstallateur mit rezidivierender Otitis media - mußte bei der ersten Untersuchung mit Vorbehalt eine ungünstige Berufsprognose angenommen werden, da für diese Berufe widerstandsfähigkeit gegen Witterungseinflüsse zu fordern ist. Einen Berufswechsel haben sie in der Zwischenzeit nicht vorgenommen. Bei dem einen der beiden Elektroinstallateure (32) hatte sich der Organbefund gebessert, sodaß er eine bedingte Leistungsfähigkeit zuläßt. Wenn der Lehrling auch weiterhin mit Innenarbeiten beschäftigt wird, so kann die Berufsprognose als günstig angesehen werden. Im Falle 33 steht der Berufsschüler auch weiterhin in fachärztlicher Behandlung. Wegen der überwiegenden Beschäftigung im Freien wird eine Besserung

des Leidens nicht zu erwarten sein. Diesem Berufsschüler wird deshalb erneut empfohlen, einen Berufswechsel oder zumindest einen Lehrstellenwechsel vorzunehmen.

Bei den Fällen 26 und 30 konnte bei der berufsschulärztlichen Reihenuntersuchung ein berufsprognostischer Hinweis im Sinne eines notwendigen Berufswechsels noch nicht gegeben werden. Fall 26 ist ein Former, bei dem eine akute Tendovaginitis des Unterarmes festgestellt wurde. Erst durch den weiteren Ablauf konnte beurteilt werden, daß die Tendovaginitis in der Zwischenzeit häufig rezidivierte. Da durch die starke Beanspruchung der Arme und Hände bei der Arbeit als Former eine weitere Beschränkung der Leistungsfähigkeit und häufiger Arbeitsausfall zu erwarten sind, mußte dem Berufsschüler jetzt ein Berufswechsel dringend empfohlen werden. Anders verhält es sich im Falle 30 bei einem Stahlbauschlosser, bei dem während der berufsschulärztlichen Reihenuntersuchung ein Strabismus convergenz mit einseitiger Myopie registriert wurde. Die Beurteilung über die Besserungsfähigkeit des Augenbefundes sollte einem Augenarzt übertragen werden. Der Berufsschüler suchte diesen jedoch nicht auf. Die Berufsprognose als Stahlbauschlosser war nicht ungünstig. Ein Berufswechsel wurde deshalb nicht empfohlen. In der Zwischenzeit erkrankte der Berufsschüler jedoch an einer Otitis media, die zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung noch nicht abgeheilt war. Wegen dieses hinzukommenden Organbefundes mußte dem Lehrling, der in seinem Beruf Witterungseinflüssen ausgesetzt ist, empfohlen werden, seinen Beruf zu wechseln, da - wie der bisherige Verlauf der Otitis media zeigt - sonst mit einer völligen Heilung nicht zu rechnen ist.

Von den insgesamt 39 Berufsschülern mit Befunden der Wertungsgruppe 2 hatte sich also bei 37 Berufsschülern die bei der ersten Untersuchung gemachte Aussage bestätigen lassen. Nur bei zwei Lehrlingen ergab die Nachuntersuchung eine Änderung der Berufsprognose. Zwei der 37 Berufsschüler wechselten ihren

Beruf und einer seine Lehrstelle. Während sich der eine Lehrling durch den Berufswechsel persönliche Vorteile versprach, lösten in den beiden anderen Fällen die Lehrherren wegen aufgetretener Unregelmäßigkeiten den Lehrvertrag.

Während bei den Befunden der Wertungsgruppe 3 durch die beschränkte Leistungsfähigkeit von vornherein eine ungünstige Berufsprognose zu befürchten war - und bei den Befunden der Wertungsgruppe 2 eine Unsicherheit in der Beurteilung der Berufsprognose liegt - wird bei den Schülern mit Befunden der Wertungsgruppe 1 ein günstiger Verlauf anzunehmen sein.

Von den 178 Berufsschülern mit Befunden der Wertungsgruppe 1 war 7 Berufsschülern (Fälle 136, 137, 138, 139, 214, 224 und 225) empfohlen worden den Beruf zu wechseln. Diese Schüler gehörten elektrotechnischen Berufen an: 136, 137, 138 und 225 waren Elektroinstallateure, 139 war ein Fernmeldemechaniker, 214 ein Elektromechaniker, 224 ein Elektromaschinenbauer. Bei ihnen wurde Farbenblindheit festgestellt. Dieser Organbefund verschlechtert zwar nicht die Berufsprognose, er birgt jedoch Gefahrenmomente in sich, deren Folgen nicht abzusehen sind. Auch ist es schwierig den Betroffenen davon zu überzeugen, daß ein Berufswechsel notwendig ist, da der Berufsschüler diesen Organbefund nicht als Mangel empfindet. Dabei ist es erforderlich, daß der Berufsschüler das elektrotechnische Fach verläßt und in eine andere Berufssparte hinüberwechselt. Da dieses eine sehr einschneidende Maßnahme ist, wird diese Empfehlung zumeist von den Berufsschülern nicht beachtet- wie auch in den hier beschriebenen Fällen. Es wäre angebracht, bei der Schulentlassungsuntersuchung der Schüler auch eine Prüfung auf Farbtüchtigkeit vorzunehmen, um die Farbuntüchtigen später vor Enttäuschungen zu bewahren.

Auch im folgenden Fall war die Berufsprognose unverändert. Fall 221 ist ein Zimmermann mit einer Hyperopie und einer

Skoliose. Die Brillenkontrolle ist durch einen Facharzt vorzunehmen. Die Skoliose hatte sich in der Zwischenzeit nicht verändert. Trotzdem mußte dem Lehrling von seinem Beruf als Zimmermann abgeraten werden. Die Arbeitssicherheit wird durch das Tragen der Brille vermindert. Wichtiger scheint jedoch die Skoliose zu sein, die sich durch die zum Teil schwere körperliche Arbeit (Balkentragen,...) verschlechtern kann.

Zwei anderen Schülern (Fälle 141 und 179) mußte erneut mit Vorbehalt ein Berufswechsel empfohlen werden - je nachdem welche Arbeiten sie ausführen müssen. Fall 141 ist ein Maschinenschlosser mit einer beiderseitigen Hörminderung für hohe Frequenzen. Ein Maschinenschlosser kann den Lauf der Maschinen mit dem Auge und mit dem Ohr kontrollieren, wobei gerade die hohen Frequenzen ausschlaggebend sind. Die Tauglichkeit im Beruf wird also von der Art der Maschine abhängig sein, die er zu bedienen hat. Auch im Fall 179 wird die Prognose von der überwiegend ausgeübten Tätigkeit abhängen. Es handelt sich um einen Elektromechaniker mit Varizen der Unterschenkel. Wird er viel stehen müssen, so ist mit einer stärkeren funktionellen Einschränkung der Leistungsfähigkeit zu rechnen.

Seit der ersten berufsschulärztlichen Untersuchung hatten sieben Berufsschüler ihren Beruf aus persönlichen Gründen gewechselt: Fall 94, 97, 147, 167, 185, 199 und 201. Bis auf Fall 167 haben alle Schüler Berufe erwählt, in denen der vorhandene Organbefund die Tauglichkeit nicht beeinflußt. Nur Fall 167 - ein Tischler - wechselte kurz nach der berufsschulärztlichen Reihenuntersuchung den Beruf, da er mehr Geld verdienen wollte. Er wurde Maurer. Der bei ihm erhobene Befund - mit bedingter Leistungsfähigkeit - eine Skoliose der Brustwirbelsäule verschlimmerte sich, sodaß sie bei der Nachuntersuchung als behandlungsbedürftig angesehen werden mußte. Dem Schüler wurde dringend empfohlen, den Beruf zu

wechseln. Zwei Monate später kam er jedoch in die Berufsschulgesundheitsfürsorgestelle, klagte über Schmerzen und bat von sich aus um eine Bescheinigung, den Berufswechsel aus gesundheitlichen Gründen durchführen zu dürfen. Dieser Lehrling wechselte durch Unkenntnis in einen für ihn körperlich ungeeigneten Beruf.

Bei einem Maurer (Fall 140) hatte sich die Berufsprognose verschlechtert. Bei der ersten berufsschulärztlichen Untersuchung wurden bei ihm beiderseits Trommelfelldefekte nach Otitis media festgestellt. Da die ursächliche Erkrankung viele Jahre zurücklag und seitdem keine Beschwerden auftraten, wurde der Befund in die Wertungsgruppe 1 aufgenommen. Bei der Nachuntersuchung war der Befund der gleiche. Der Berufsschüler gab jedoch an, daß er in der Zwischenzeit "Ohrenfluß" gehabt hätte. Da durch Witterungseinflüsse erneut Recidive ausgelöst werden können und die Berufsprognose somit verschlechtert wird, mußte dem Schüler bei der Nachuntersuchung ein Berufswechsel vorgeschlagen werden.

Von insgesamt 178 nachuntersuchten Berufsschülern mit Befunden der Wertungsgruppe 1 konnte bei 174 die gestellte Berufsprognose bestätigt werden; bei 2 Berufsschülern jedoch nur mit Vorbehalt. Zusätzlich mußte zwei Berufsschülern bei der Nachuntersuchung ein Berufswechsel dringend angeraten werden. 7 Berufsschüler wechselten aus persönlichen Gründen den Beruf. Da sein Meister starb, mußte ein Berufsschüler die Lehrstelle wechseln.

C. Zusammenfassung und Ergebnis

Die Aufbereitung des von ORTMANN voruntersuchten Berufsschuljahrganges 1959/60 zeigt, daß die Überwachungsfälle einer vorausgesuchten Gruppe Berliner Berufsschüler bestimmter Ausbildungsbereiche (Holz, Metall, Elektrotechnik und Bau) angehören und der von ORTMANN 1955/56 untersuchten und veröffentlichten Gruppe gleicht.

Bei 229 Überwachungsschülern wurde - etwa 1 1/2 Jahre nach Aufnahme der Lehre - in Einzeluntersuchungen überprüft, ob die bei der ersten Reihenuntersuchung gestellte Berufsprognose zutreffend war.

Von den 224 Berufsschülern, deren Berufsprognose bestätigt wurde, hatten 9 Berufsschüler ihren Beruf aus persönlichen Gründen gewechselt. Von diesen nahm ein Berufsschüler einen Beruf auf, für den er aus gesundheitlichen Gründen nicht tauglich war und den er auch wieder aufgeben mußte, da sich sein Gesundheitszustand auf Grund der beruflichen Belastung rasch verschlechterte. 13 Berufsschülern war ein Berufswechsel empfohlen worden und 5 Lehrlingen die Tauglichkeit in ihrem Beruf nur für bestimmte Arbeiten vorausgesagt worden. Zwei von ihnen mußte bei der Nachuntersuchung ein Berufs-oder Lehrstellenwechsel dringend empfohlen werden, da sie in der gesundheitlich ungeeigneten Arbeitsstelle verbleiben wollten.

Die Berufsprognose hatte sich lediglich bei 5 Berufsschülern nicht bestätigt, was einer Abweichung von 2,2% entspricht und im Bereich biologischer Statistik als äußerst günstig anzusehen ist. Bei einem dieser Berufsschüler war die ärztliche Berufsprognose ähnlich wie bei der Erstuntersuchung, jedoch wurde ein Berufswechsel nicht angeraten, da der Lehrling offenbar seine körperliche Ungeschicklichkeit gut kompensierte. Bei den anderen Berufsschülern war der weitere Verlauf anläßlich der ersten berufsschulärztlichen Untersuchung noch nicht zu überblicken. So bekamen zwei von ihnen

Rezidive und ein Schüler erkrankte neu. Auch der Berufswechsel des schon oben erwähnten Lehrlings war nicht vorauszusehen.

Es konnte also gezeigt werden, daß die ärztliche Berufsprognose von erfahrenen Ärzten mit großer Sicherheit gestellt werden kann und daß die Abweichungen in der Beurteilung des Leistungsvermögens im untersten Bereich biologischer Streuungen liegen. Die von dem Gesetzgeber im Jugendarbeitsschutzgesetz neuerdings geforderte ärztliche Untersuchung wird in Berlin seit Jahren mit bestem Erfolg und einem hohen Grad richtiger Aussage bezüglich der Berufsprognose ausgeführt. Die hierbei angewendeten Methoden haben sich als theoretisch wohl begründet und praktisch schnell erlernbar und ausführbar erwiesen. Die Anwendung dieser erprobten Methoden zur Bestimmung des Gesundheitszustandes und damit Leistungsvermögens würde dem neuen Gesetz zum Schutze der arbeitenden Jugend im wirklichen Sinngehalt am nächsten kommen und ein einheitliches, auswertbares Ergebnis ärztlicher Untersuchung erstellen, welches zum Wohle des Einzelnen und der Gemeinschaft verwertet werden kann und dem Gesetzgeber als Grundlage für weitere gesundheitspolitische Maßnahmen dienen könnte.

E. LITERATURHINWEISE

1. ANKERMÜLLER, F. M. — Zur Frage des Sehvermögens bei Kindern und Jugendlichen
Öff. Gesd.dienst 18 (1956/57),328

2. BACHMANN, W. — Ergebnisse, Methodik und Bedeutung der amtsärztlichen Berufseignungsuntersuchung
Öff. Gesd.dienst 17 (1955/56), 324

3. B AUER, M. — Die gesetzlichen Grundlagen der beruflichen Gesundheitsfürsorge
Arch.soz.Hyg. VIII (1933), 328 NF

4. BAUMANN, W. — Die Entwicklung des Jugendarbeitsschutzes in Deutschland
Zbl. Arb. Wiss. 5 (1951), 183

5. BREGMANN, Ludwig — Grundfragen ärztlicher Berufsbe - ratung
Arch.soz.Hyg. IV (1929), 289 NF

6. BREGMANN, L. — Versuch einer funktionellen schulärztlichen Statistik
Zschr.Schulgesd.pfl.soz.Hyg. 42 (1929), 500

7. BRÜCHER, O. — Abgrenzung von Berufsberatung und Fürsorge
Arbeit und Beruf 9 (1930), 78

8. BÜSING, H. — Der Gesundheitszustand der männlichen Jugend im letzten Schuljahr
Gesundh.u.Erziehg. 46 (1933), 296

9. BÜSING, H. — Tauglichkeitsergebnisse nach schul- und berufsschulärztlichen Untersuchungen an 2 000 jungen Kielern im Jahre 1933, 2 285 weiteren Untersuchungen im Jahre 1934
Öff. Gesd.dienst 1 (1935/36), 441

10. BÜSING, H. — Ergebnisse siebenjähriger berufsschulärztlicher Tätigkeit
Öff.Gesd.dienst A 1 (1935/36), 905

11. COERPER, C. — Ärztliche Berufsberatung
Zschr. Schulges.pfl. soz.Hyg.
40 (1927), 209

12. COERPER, C.
HAGEN, W.
THOMAE, H. — Deutsche Nachkriegskinder
G.Thieme Verlag,Stuttgart 1954

13. DÜNTZER, E. Ärztliche Berufsberatung und gesundheitliche Berufswirkung
Mschr.Dtsch.Ärztinnen 6 (1930), 1

14. DÜNTZER, E. Die gesundheitliche und soziale Lage der erwerbstätigen weiblichen Jugend
Veröff.Med.verw.40 (1933), 46

15. DÜNTZER, E. Ergebnisse der berufsschulärztlichen Untersuchungen und die berufliche Belastung der erwerbstätigen weiblichen Jugend
Öff.Gesd.dienst 17 (1955/56), 148

16. DÜNTZER, E. Die berufsschulärztliche Betreuung der erwerbstätigen Jugend
Gesd.fürs. 5 (1955/56), 174

17. DÜNTZER, E. Schulgesundheitliche Fragen im Berufsschulalter
Gesundes Schulleben, zum Weltgesundheitstag 1957

18. DÜNTZER, E. Der Gesundheitszustand der jugendlichen Arbeiterin im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Belastung
Die Berufsbildende Schule, 1959, H. 1

19. ENGELSMANN. Schulgesundheitspflege
Der Komm.Schul-und Fürsorgearzt, 22 (1924), 197

20. FUCHS, A. Die Entwicklung der Sonderschule in Deutschland während der letzten 150 Jahre
Arch.soz. Hyg. NF V.(1930), 394

21. FÜRST, Th. Das Schularztwesen an den Schulen des Reifungsalters
Zschr.Gesd.fürs. Schulgesd.pfl. 1 (1934), 392

22. GAUTENBERG, GETTKANT, SZAGUNN, I. Gesundheitsfürsorge für die schulentlassene Jugend
Zschr.Schulgesd.pfl.soz.Hyg. Beiheft 1925

23. GETTKANT Bedeutung und Wert der schulärztlichen Untersuchung an Fortbildungsschulen
Zschr.Schulgesd.pfl. 26 (1913), 289

24. GETTKANT, GOTTSTEIN Der Schularzt in der Fortbildungsschule
Zschr.Schulgesd.pfl. 27 (1914), Nr.8

25. GOTTSTEIN, W. — Entwicklung und Ziele der Schulgesundheitspflege
Gesd.fürs. Kindesalter 7.Jg., 415

26. GRASER, E. — Müssen Ziel und Form der Schulgesundheitsfürsorge umgestellt werden ?
Gesd.fürs. 3 (1953), 8

27. G/ROBER, — Körperliche Eignungsprüfung zur Berufswahl
Dtsch.Med. Wschr. 37 (1925), 1536

28. GROTJAHN, A. — 25 Jahre soziale Hygiene
Arch. soz. Hyg. NF V (1930), 181

29. HAGEN, W. — Die Aufgaben einer ärztlichen Berufsberatung
Med. Klin. 27 (1931), 1881

30. HAGEN, W. — Vorbeugende Gesundheitsfürsorge
Georg Thieme, Stuttgart 1953

31. HAGEN, W. — Entwicklungsprobleme
Heftreihe f.Freilufterzhg.u.Schulgespfl. Nr.8, S.91

32. HAGEN, THOMAE, MANSFELD, — Jugendliche in der Berufsbewährung
Schriftenreihe des öff.Gesd.wes.
Georg Thieme, Stuttgart 1958

33. HELLBRÜGGE, Th. — Die ärztliche Untersuchung im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes
Ärztl.Mitt. 41 (1961), 1033

34. HERSCHEL-STEPHANY — Jugendarbeitsschutzgesetz
Verlagsgesellschaft "Recht u.Wirtschaft" , Heidelberg 1960

35. HEUBERGER, H. — Gesundheitliche Beobachtungen an Berufsschülern in 12 Jahren
Die deutsche Berufs-u.Fachschule 56 (1960), 915

36. HEUBERGER, H. — Gesundheitliche Beobachtungen an Berufsschülern in 12 Jahren
Öff.Gesd.dienst 23 (1961), 457

37. HOPPE, — Schwierigkeiten ärztlicher Berufsberatung
Zschr.Schulgesd.pfl.soz.Hyg. 39 (1926), 546

38. JAENICKE — Schulärztliche Untersuchung in einer Thüringer Berufsschule
Zschr.f.Schulges.pfl.soz.Hyg. 38 (1925), 303

39. KAUP,J. FÜRST, Th. — Körperverfassung und Leistungskraft Jugendlicher
München und Berlin 1930

40. KEHR — Berufsärztliche Beratung
Zschr.Schulges.pfl.soz.Hyg. 41 (1928), 683

41. KELLER, Arthur — Sinn, Aufgabe und Ausführung der Schularzttätigkeit
Mschr.Kinderhk. 45 (1927),H. 6

42. LAUBER, W. — Handbuch der ärztlichen Berufsberatung
Urban & Schwarzenberg, Wien 1932

43. LAZARSFELD,P.F. — Jugend und Beruf
Fischer, Jena 1931

44. LIEBENBERG,R. — Berufsberatung, Methode und Technik
Quelle & Meyer, Leipzig 1925

45. LUNDT — Ist wirklich jedes dritte Schulkind krank?
Bundesgesundheitsblatt 1 (1958), 365

46. MITSCHE, W. — Die ärztliche Feststellung der Arbeitsfähigkeit und ihre Schwierigkeiten
Arbeit und Beruf, Ausg.A 8 (1929),560

47. NIFFKA,E. SPRANGER, E. — Der jugendliche Mensch(männliche Jugend)
Handbuch der Jugendpflege H.1;2.Teil = Niffka

48. ORTMANN, H. — Konstitutionsbiologische Untersuchungen über den Gesundheitszustand Berliner Berufsschüler
Öff.Gesd.dienst 18 (1956/57), 289

49. ORTMANN, H. — Ein Beitrag zur Rationalisierung Voraussetzungen und Grenzen aus ärztlicher Sicht
Notionalisierung, 8 (1957), 309

50. ORTMANN, H. — Die Randlochkartei im Dienste des Gesundheitsamtes
Öff.Gesd.dienst 19 (1957/58), 475

51. ORTMANN, H. — Berufsschulgesundheitsfürsorge Aufgabe und Organisation
Soziale Arbeit 7 (1958), 11

52. ORTMANN, H. Untersuchung Gesunder
Kasuistische Beiträge zum Jugendarbeitsschutzgesetz
Öff.Gesd.dienst 23 (1961), 234

53. ORTMANN, H. Der Berufsschularzt für die männliche Jugend
Öff.Gesd.wesen Bd.IV A Teil 1
Georg Thieme, Stuttgart 1961

54. PAETSCH Schulgesundheitspflege und Schulgesundheitsstatistik
Zschr.Schulgesd.pfl. soz.Hyg. 38 (1925), 518

55. PROLINGHEUER,K. Erfahrungen mit jährlichen ärztlichen Reihenuntersuchungen Jugendlicher im Betrieb
Zbl. Arbeitswiss. 13 (1959), 8

56. RENKER,K.
SCHNEIDER,H. Die Mitarbeit des Arztes bei Berufsberatung und Berufslenkung
Zschr. ärztl. Fortbild. 53 (1959), 83

57. v.RENTHE, B. Untersuchungen an jugendlichen Versicherten der Krankenversicherungsanstalt Berlin
Soziale Arbeit 6 (1957), 255

58. ROESLE, E. Vorschläge für die Praxis der Aufbereitung der Gesundheitsstatistik der Schulkinder
Zschr. Schulgesd.pfl. soz.Hyg. 37(1924), 366

59. ROSENHAUPT, H. Die Lehrerausbildung auf dem Gebiet der Gesundheitspflege
Arch.soz. Hyg. NF I (1925/26), 310

60. RUTENFRANZ, J. Physiologische Gesichtspunkte zur Erwerbstätigkeit Jugendlicher
Arbeitsschutz 9 (1958), 185

61. RUTENFRANZ, J.
HETTINGER, Th. Untersuchungen über die Abhängigkeit der körperlichen Leistungsfähigkeit von Lebensalter, Geschlecht und körperliche Entwicklung
Zschr. Kinderhk. 83 (1959), 65

62. SCHAEFFER Fortschritte auf dem Gebiete der Schulgesundheitspflege
Zbl. f. ges. Hyg. 11 (1926), 785

63. SCHLICHTINGER,H. Ärztliche Beobachtungen bei Berufsschülern
Zschr. Ges.verw.u.Gesd.fürs. 4 (1933), 127

64. SCHRÖDER, E. Über den Einfluß des Arbeitsmarktes auf den Gesundheitszustand der jugendlichen Arbeiter in Schwerindustrie und Bergbau Zschr. Schulgesd.pfl.soz.Hyg. 40 (1927), Nr.9

65. SCHRÖDER,E. Die ärztliche Mitwirkung im öffentlichen Arbeitsnachweis unter der neuen Organisationsform Arch.soz. Hyg. NF III (1928), 400

66. SCHRÖDER,E. Gesundheitskataster und konstitutionelle Feststellungen ZSchr.Gesd.verw.u.Gesd.fürs. 6 (1935),524

67. SCHRÖDER,E. Die Auswertung schulärztlicher Unter - suchungen für ein Gesundheitskataster Öff.Gesd.dienst A 2 (1936/37), 178

68. SCHRÖDER,E. Jugendgesundheit und Stadt, "Unsere Städte und ihre Jugend" Bericht Hauptversammlung des Dtsch.Städtetages 1955, 177

69, SCHRÖDER,E. Schulgesundheitsfürsorge als Schlüsselstellung der Gesundheitsfürsorge.- Ein Beitrag zur schulärztlichen Methodik Öff.Gesd.dienst 17 (1955/56), 189

70. SCHRÖDER,E. Kompendium der Gesundheitsfürsorge Georg Thieme, 1959

71. SCHRÖDER,E. Über Veränderungen des Längenwachstums bei der schulpflichtigen Jugend Öff.Gesd.dienst 22 (1960), 82

72. SCHRÖDER,E. Die Bedeutung des Körpergewichts für die Beurteilung des Allgemeinzustandes Öff.Gesd.dienst 23 (1961), 229

73. SCHRÖDER,E. Gesundheitsfürsorge und Gesetzgebung Öff.Gesd.dienst 23 (1961), 385

74. STEINWACHS,F. DANKERS, U. Konstitutionelle Entwicklung und Leistung in der Pubertät Zschr.menschl. Vererb.-Konstit.lehre 31 (1953), 515

75. STEPHAN Schulhygiene und Schulkinderfürsorge (Übersichtsreferat) Arch. soz.Hyg. NF I (1925/26), 146

76. STEUER,E. Was soll ich nur werden ? Verlag Zimmer und Herzog-Berchtesgaden 1955

77. SZAGUNN, J. Über die schulärztliche Tätigkeit an Fortbildungsschulen
Zschr. Schulgesd.pfl. 34 (1921), 84

78. SZAGUNN,J. Gesundheitsfürsorge für die schulentlassene Jugend
Zschr.Gesd.pfl. soz.Hyg. (1925)

79. SZAGUNN,J. Schulgesundheitspflege in Berufsschulen
Klin.Wschr. 6 (1927), 2150

80. SZAGUNN,J. Die Entwicklung der berufsschulärztlichen Überwachung der Jugendlichen im In-und Ausland
Öff.Gesd.dienst A 1 (1935/36), 241,289

81. SZAGUNN,J. Aufgaben und Ziele der berufsschulärztlichen Überwachung
"Jugendwohlfahrt und Lehrerschaft "
F.A. Herbig Verlagsbuchhandl.,Berlin

82. TELEKY, L. Über ärztliche Tauglichkeitsuntersuchung von Arbeitern
Die Arbeit 6 (1929), 644

83. TRAMER, M. Berufsnöte Jugendlicher
Probleme der Berufswahl, Berufslehre und Mittelschule
Benno Schwabe Verlag, Basel 1953

84. TRAMER, M. Schülernöte
Benno Schwabe Verlag, Basel 1960

85. WEISS, G. Berufsschulärztliche Untersuchungen über die Leistungsfähigkeit funktionell geschädigter Jugendlicher
Med.Diss. Berlin FU 1959

86. WINTER, K. Die jugendärztliche Betreuung von Lehrlingen
Dtsch.Gesd.wes. 51 (1955), 1643

87. . . . Empfehlungen des Deutschen Städtetages betr. schulärztlicher Betreuung in der Berufsschule
Mitt.des Dtsch.Städtetages v.10.7.1955,134

Dem mir hochverehrten Herrn Professor Dr.med.E.S c h r ö d e r danke ich für die freundliche Überlassung des Themas und seinen fachlichen Rat bei dessen Ausarbeitung.

In gleicher Weise darf ich Herrn Medizinalrat Dr.med. H. O r t m a n n, als Leiter der Berufsschulgesundheitsfürsorgestelle des Bezirkes Berlin-Wedding, für die Überlassung seiner Unterlagen und die wertvollen Hinweise für die Untersuchung Gesunder und bei der Bewertung der Befunde, meine Dankbarkeit aussprechen.

Lebenslauf

Am 19.4.1931 wurde ich, Wolfgang B a b s t, in Berlin-Treptow als Sohn des Oberpostsekretärs Oskar Babst und seiner Ehefrau Charlotte geb. Jokel geboren.

Von meinem 6. - 10. Lebensjahr besuchte ich die Grundschule und durch die Kriegsereignisse bedingt, nacheinander die Oberschule in der Parkaue zu Berlin und die Oberschule für Jungen in Strausberg bei Berlin. Nach dem Kriegsende ging ich zur Kantschule in Berlin-Karlshorst, in der ich 1950 die Reifeprüfung ablegte.

Um die Zeit bis zum Studium der Medizin zu überbrücken, arbeitete ich als Laborpraktikant in verschiedenen Abteilungen des Krankenhauses Herzberge. Meine Ausbildung an der Fach - schule für medizinisch-technische Assistenten (ehem.Gilde - meister) beendete ich im Frühjahr 1954 mit der Prüfung als medizinisch-technischer Assistent. Von Februar bis Oktober 1954 arbeitete ich im Pathologischen Institut der Charité.

Zum Wintersemester 1954/55 bewarb ich mich an der Freien Universität. Dort bestand ich im April 1957 die ärztliche Vorprüfung und im September 1960 das Staatsexamen als Medizinalassistent.

Als Medizinalassistent war ich vom 1.11.1960 bis 31.8.1961 bei Herrn Senatsdirektor i.R.,Professor Dr.med.E. Schröder, im Seminar für Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen der FU Berlin tätig. Seit dem 1.9.1961 arbeite ich auf einer Inneren Abteilung des Städt.Krankenhauses am Kreuzberg zu Berlin.